محاضرات من مقرر

تمريـــض المسنيـن

Geriatric Nursing

القسم العملي

د. نســـــريـــن داؤود

الفهرس

رقم الجلسة	عنوان الجلسة
الجلسة العملية الأولى	التواصل مع المسن
الجلسة العملية الثانية	الخوف من السقوط
الجلسة العملية الثالثة	تدريب المسن على بعض الأنشطة والتمارين
الجلسة العملية الرابعة	خشونة الركبة
الجلسة العملية الخامسة	هشاشة العظام
الجلسة العملية السادسة	العناية بالقدمين عند المسن
الجلسة العملية السابعة	العناية بالأسنان لدى المسن
الجلسة العملية الثامنة	الرياضة ـ التغذية
الجلسة العملية التاسعة	النوم والراحة – الرفاه الروحي
الجلسة العملية العاشرة	السلوك اتجاه المسن
الجلسة العملية الحادية عشرة	إساءة معاملة المسن
الجلسة العملية الثانية عشرة	الخطة التمريضية لمريض باركنسون
الجلسة العملية الثالثة عشرة	تشاخيص تمريضية
الجلسة العملية الرابعة عشرة	تشاخيص تمريضية
الجلسة العملية الخمسة عشرة	تشاخيص تمريضية

الجلسة العملية الأولى

التواصل مع المسن

تعد عملية التواصل بشكل عام معقدة ويمكن أن تكون أكثر تعقيدا مع التقدم في العمر. واحدة من أكبر المشاكل التي يمكن أن تواجهنا عند التعامل مع المرضى الأكبر سنا هي أنهم في الواقع كثيري الاختلاف عن فئة الشباب. ويمكن أيضا عرقلة عملية التواصل بعملية الشيخوخة الطبيعية التي قد تنطوي على فقدان الحواس، وانخفاض الذاكرة، تراجع في القدرة على التعامل مع المعلومات، وفقدان السيطرة والتأثير على حياتهم الخاصة، والتقاعد من العمل، والانفصال عن العائلة والأصدقاء.

تعريف التواصل:

هو نشاط نقل معلومات ذات مغزى. ويتطلب الاتصال وجود المرسل، والرسالة، والمستلم المقصود، على الرغم من أن المتلقي لا يلزم أن يكون موجودا أو على علم بنية المرسل في الاتصال في وقت الاتصال. وتكتمل عملية الاتصال بمجرد أن يفهم المستقبل رسالة المرسل

طرق التواصل:

الاتصال ذو الاتجاهين: هي عملية ديناميكية حيث تبادل الأفكار يحدث كعملية مستمرة، تتطلب تشارك بنشاط من المتلقي وتوفير التغذية المرتدة.

طريقة الاتصال باتجاه واحد: يسمح للمرسل أن يبقى في حالة السيطرة ويظل المتلقي السلبي. ولا تعد من النوع الأكثر فعالية من الاتصالات.

العوامل المؤثرة على التواصل:

العوامل الشخصية:

- ✓ الإدراك: إدراك الشخص هو عنصر أساسي في التواصل. نفس الموضع يمكن أن تتم رؤيته بطرق مختلفة.
- ✓ القيم: القيم تؤثر على عملية الاتصال لأن قيم الناس تشبه إدراكهم.
- ✓ الثقافة: كل ثقافة تمنح مواطنيها الأفكار حول كيفية تنظيم العالم، وتعليم الناس كيفية استخدام اللغة والمساحة لاستخدام التواصل بتقنية معينة تختلف من ثقافة إلى ثقافة.
- ✓ الموقف: موقف الممرض/ة تجاه المسنين تلعب دورا رئيسيا في احتياج المسن إلى الاحترام والشعور بقيمة الذات، لذلك يجب على الممرضة نقل الثقة والتعاطف من خلال التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- ✓ الثقة: الثقة تعد أساس العلاقة التمريضية العلاجية -. دون الشعور بالثقة، التفاعل بين التمريض والمسن يكون سطحي، والثقة تعني الثقة والاعتمادية والمصداقية في العلاقة.

العوامل البيئية:

ترتيب الجلوس، جو الغرفة، حركة الكراسي ، الضوضاء، عدم الخصوصية.

معيقات التواصل:

- ضمانات غير مناسبة.
- إصدار الأحكام.
- توجيه المشورة، إخبار الشخص ما ينبغي تجنبه أو فعله.
- التحدي.
- استجواب غير لائق.

التواصل الفعال:

- الاطلاع على القضايا الصحية للشخص.
- السماح لكبار السن بالذكريات، والحزن.
- احترام خلفية الشخص المسن، والمعرفة، والقيم.
- الانتباه للبيئة التي يتم التواصل فيها
- التحدث بوضوح وبصراحة، وإجراء اتصال العين.
- ضبط مستوى الصوت بشكل مناسب
- استخدام أسئلة وجمل واضحة ودقيقة
- استخدام الوسائل البصرية، إن أمكن.
- التحلي بالصبر، والابتسامة.



التواصل مع المسن ضعيف السمع:

- التأكد من وجود السماعة في أذن الشخص. والتحقق أيضا لمعرفة أنها قيد التشغيل.
- الانتظار حتى نكون مباشرة أمام المسن، الحصول على اهتمامه والاقتراب بما فيه الكفاية منه قبل أن نبدأ الكلام معه.
- تأكد من أن المسن يراك جيدا
- التواجد بمواجهة المسن ضعيف السمع مباشرة وتكون معه على نفس المستوى معه كلما كان ذلك ممكنا.
- إبقاء اليدين بعيدا عن وجهك أثناء الحديث مع المسن
- الانتباه للمسن الذي يعاني من صعوبة في السمع عندما يصبح متعبا أو مريض.
- تقليل أو القضاء على الضوضاء في البيئة المحيطة قدر الإمكان.
- التحدث بطريقة طبيعية دون الصراخ.
- إذا كان لدى المسن صعوبة في فهم شيء ما، جد طرق مختلفة لقول الشيء نفسه، بدلا من تكرار الكلمات الأصلية.
- استخدام جمل بسيطة وجيزة لجعل المحادثة أسهل للفهم.
- كتابة الرسائل إذا لزم الأمر.
- أعط وقتا كافي للتحدث مع المسن ضعيف السمع

التواصل مع المسن الذي يعاني الصمم:

- كتابة الرسائل إذا كان المسن يستطيع القراءة.
- استخدام شبكة الرسم التخطيطي أو جهاز آخر مع الرسوم التوضيحية لتسهيل التواصل.

- كن موجزا مع البيانات والأسئلة.
- استخدام أكبر عدد ممكن من طرق الاتصال الأخرى لنقل الرسائل (لغة الجسد).
- قضاء بعض الوقت مع الشخص، لذلك لا يتم التسرع أو نكون تحت الضغط.

التواصل مع المسن ضعيف الرؤية:

- وصف تخطيط الغرفة، والأشخاص الآخرين الذين هم في الغرفة، وما يحدث.
- إخبار المسن إذا كنت تغادر. اسمح له معرفة ما إذا كان الآخرون سيبقون في الغرفة أو إذا كان سيبقى وحيدا
- السماح للمسن الاستعانة بذراعك للحصول على التوجيه.
- اسأل كيف يمكن أن تساعده: زيادة الضوء، القراءة له، واصفا أين هي الأشياء.
- استدعاء اسم المسن قبل لمسه. يتيح لمس الشخص معرفة أنك تستمع
- السماح للمسن بلمسك.
- استخدام عبارة "انظر" و "ترى" بشكل طبيعي.
- استخدام حركة كبيرة، إيماءات واسعة النطاق والألوان المتناقضة.
- اشرح ما تقوم به كما تفعله، على سبيل المثال، خلال البحث عن شيء أو وضع الكرسي المتحرك بعيدا.
- وصف المشي في الأماكن الروتينية. استخدام القرائن الصوت والرائحة.
- تشجيع الألفة والاستقلال كلما أمكن ذلك.
- ترك الأشياء حيثما هم ما لم يطلب منك المسن لنقل شيء ما

التواصل مع مريض الالزهايمر:

- الاقتراب دائما من المسن من الأمام، أو ضمن خط رؤيته.
- التحدث بلغة طبيعية.
- مواجهة المسن كلما كنت تتحدث معه
- تجنب الجلوس في مكان فيه الكثير من التحفيز الحسي، مثل الجلوس في غرفة كبيرة حيث كثير من الناس قد يكون جالسا أو يتحدث، منطقة حركة المرور فيها كثيرة أو مكان صاخب جدا.
- الحفاظ على اتصال العين والابتسامة.
- احترام المسن.
- استخدام صوت منخفض النبرة، بطيء يمكن للمسن السماع بشكل أفضل.
- اطرح سؤالا واحدا فقط في المرة الواحدة. أكثر من سؤال واحد سيزيد من الارتباك.
- كرر الكلمات الرئيسية إذا كان الشخص لا يفهم أول مرة .
- استخدام الإيماءة والابتسامة فقط إذا كان ما قاله المسن مفهوما.

التشخيص التمريضي:

اضطراب المقدرة اللفظية : Impaired verbal communication

يرتبط بالعديد من العوامل والأمراض التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي أو على عضلات جوف الفم والبلعوم والأعضاء المسؤولة عن التصويت (مثل السكتات الدماغية التي تكثر عند المسنين) فيصاب المسن بضعف في القدرة على التواصل وهناك بعض الأمراض والمشاكل تؤثر على استقبال التواصل اللفظي مثل الصمم الجزئي والكلي.

الأهداف والنتائج Goals and outcomes :

1. المريض يعبر عن الأفكار والمشاعر بطريقة متماسكة، منطقية، موجهة نحو الهدف.
2. يظهر المريض عمليات التفكير القائمة على الواقعية في التواصل اللفظي.
3. يقضي المريض الوقت مع شخص أو شخصين آخرين في مواضيع محايدة ضمن نشاط منظم.
4. يقضي المريض جلستين أو ثلاث جلسات لمدة 5 دقائق مع تبادل للملاحظات في البيئة المحيطة الممرضة لمدة 3 أيام.
5. يتواصل المريض بطريقة يمكن أن يفهمها الآخرون بمساعدة الأدوية والاستماع اليقظ بحلول وقت الخروج.
6. يتعلم المريض تكتيكا واحدا أو اثنين من أساليب التحايل لتقليل القلق، وبالتالي تحسين القدرة على التفكير بوضوح والتحدث بشكل أكثر منطقيا.
7. يستخدم المريض شكلا من أشكال التواصل لتلبية الاحتياجات والتواصل الفعال مع الناس و بيئتهم

التقييم التمريضي nursing assessment:

التأكد من الظروف أو الحالات التي قد تحد من قدرة المريض على استخدام أو فهم اللغة، مثل ما يلي:

1. وجود البديل للمجرى الهوائي (على سبيل المثال، فغر الرغامى، التنبيب الأنفي عن طريق الفم)
2. مشاكل الوجه / الفك العلوي (على سبيل المثال، وجود أجهزة سلكية في الفم)
3. استعراض التاريخ للحالة العصبية التي يمكن أن تؤثر على الكلام، مثل ورم، والتصلب المتعدد، وفقدان السمع.....
4. تقييم الحالة العقلية، وملاحظة وجود اضطرابات ذهانية (على سبيل المثال، هوس الاكتئاب، السلوك الفصامي / العاطفي). تقييم الاستجابة النفسية لإعاقة الاتصال، والرغبة في إيجاد وسائل بديلة للاتصال. تقييم ما يلي:
   - لغة المريض المفضلة للتواصل الشفهي والكتابي
   - وسائل الاتصال الأساسية والمفضلة للمريض (على سبيل المثال، اللفظية، والكتابة، والإيماءات)
   - القدرة على الحصول على الكلمة المنطوقة

- القدرة على فهم الكلمات المكتوبة والصور والإيماءات

5. تقييم العوامل البيئية (على سبيل المثال، مستوى ضوضاء الغرفة).
6. مراقبة وجود وتاريخ ضيق التنفس.
7. تقييم وجود عسر الكلام الشديد (عدم القدرة على نقل المعلومات شفهيا) وخلل في النطق (معنى الكلمة قد يكون تزاحم خلال معالجة المعلومات من قبل دماغ المريض)

التداخلات التمريضية (nursing interventions)

1- تعلم احتياجات المريض وإيلاء الاهتمام إلى الإشارات غير اللفظية.
2- وضع أهداف مهمة في متناول اليد
3- توفير وسائل اتصال بديلة في أوقات عدم توفر من يقدم المساعدة للتواصل مع المريض (على سبيل المثال، التواصل الهاتفي مع من يمكنه تفسير احتياجات المريض).
4- لا تتحدث أبدا أمام المريض كما لو أنه لا يفهم شيئا.
5- توضيح فهمك للمريض لاتصاله بمن قد يقدم المساعدة في التواصل معه.
6- تقليل وسائل التشتت مثل التلفزيون والراديو كحد أدنى عند التحدث إلى المريض.
7- لا تتكلم بصوت عال إلا إذا كان المريض ضعيف السمع.
8- الحفاظ على اتصال العين مع المريض عند التحدث والوقوف قريب ضمن خط رؤية المريض (خط الوسط عموما).
9- استخدام التقنيات الشخصية باستخدام التنفس لاسترخاء الحبال الصوتية، والعد، والغناء أو الترتيل.
10- الحفاظ على الهدوء، التمهل. توفير الوقت الكافي للمريض للاستجابة والرد.
11- الثناء على إنجازات المريض و توفير المحفزات البيئية حسب الحاجة.
12- حاول طرح أسئلة تتطلب إجابات "نعم" و "لا".
13- استخدم جملا قصيرة، واطرح سؤالا واحدا فقط في كل مرة.
14- التحدث ببطء مع تقديم توجيهات محددة يستطيع المريض القيام بها فعليا (على سبيل المثال، "في الإشارة إلى الألم"، "افتح فمك"، "أدر رأسك").
15- إنشاء قائمة من الكلمات التي يمكن للمريض أن يقولها مع إضافة كلمات جديدة إليها حسب الحاجة. مشاركة هذا مع أفراد الأسرة، ومقدمي الرعاية الآخرين.
16- استخدام ومساعدة المريض لتعلم مهارات الاتصال العلاجية من الرسائل ، والاستماع النشط .
17- إشراك الأسرة في خطة الرعاية قدر الإمكان.

الجلسة العملية الثانية

الخوف من السقوط (post – fall syndrome)

اعتقد الناس لوقت طويلً بأن الخوف من السقوط هو مجرد نتيجة للصدمة النفسية من السقوط، وتسمى أيضا "متلازمة ما بعد السقوط," ذكر مورفي واساكس هذه المتلازمة لأول مرة عام 1982، حين لاحظوا إصابة الأشخاص القادرين على السير بعد السقوط بالخوف الشديد واضطرابات المشي، ويعد الخوف من السقوط أحد الأعراض الرئيسية لهذه المتلازمة، منذ ذلك الوقت عُرف الخوف من السقوط كمشكلة صحية محددة بين الأشخاص الأكبر سنًا، وشاع الخوف من السقوط بالرغم من ذلك بين كبار السن الذين لم يخوضون تجربة السقوط بعد.

يبدو أن انتشار الخوف من السقوط يزداد مع التقدم في السن ويشيع لدى النساء أكثر من الرجال، وأظهرت نتائج دراسات مختلفة أن نوع الجنس عامل خطر كبير للخوف من السقوط إلى حد ما، وتشمل عوامل الخطر الأخرى للخوف من السقوط لدى كبار السن: الدوخة، والوضع الصحي ذاتي التصنيف، والاكتئاب، ومشاكل المشي والتوازن .

يعد السقوط سبب شائع للحوادث والإصابات لدى كبار السن. والخوف من السقوط،" والذي يتسم بالقلق المتعلق بالسير أو القلق من أن الشخص سوف يقع"، غالبا ما يكون نتيجة للسقوط أو استمرار التوازن السيئ، هذا الخوف يمكن أن يؤدي إلى تقييد في كل أو بعض أشكال النشاط في الحياة اليومية للمسن، عدم التكيف، وفقدان الوظيفة، والحاجة إلى الرعاية.

تعريف الخوف من السقوط:

"الخوف من السقوط"، أو متلازمة ما بعد السقوط كما وصفت في البداية (مورفي و إساكس 1982)، هو أكثر من مجموعة أعراض، ويتميز بمستويات عالية من القلق المتعلق بالمشي أو الخوف من السقوط حيث يكون الخوف من السقوط ظاهرة داخلية أو القلق المرتبط عادة مع السقوط والذي يمكن أن يؤثر في أنشطة واستقلالية المسن بشكل واضح، وقد يؤدي إلى نقطة فقدان الوظيفة الحركية بشكل كلي.

الخوف من السقوط هو نتيجة شائعة للسقوط ولكن يمكن أن يحدث أيضا عند الأشخاص الذين لم يسقطوا سابقا، وتصل نسبة تأثيره عند المسنين بين عمر 60-79 سنة من العمر إلى ستين في المئة، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تقليص النشاط أو الحد من بعض أنواع النشاط الذي كان المسن يشارك فيها يوما بعد يوم أو حتى الوصول لدرجة الاستعانة بالأثاث والأشخاص أو وسائل مساعدة أخرى مؤقتة تدعمه عند المشي .

من المعروف أن الأشخاص الذين يعانون الخوف من السقوط يسقطون باتجاه الأثاث (أو الأشخاص)، وبمجرد شعورهم بالأمان، يجلبون أقدامهم قريبا من أجسادهم، ويبحثون عن قطعة الأثاث المساندة التالية، كما يمكن أن يظهر الخوف من السقوط بشكل عجز واضح أو حقيقي عن المشي في حال عدم وجود دعم أو مساعدة للمسن.

وقد يصل إلى أن يؤدي إلى تجنب بعض الأنشطة في حياة المسن مثل المشي في الخارج و الحد من الأنشطة في الهواء الطلق.

هناك عدد من السمات الأخرى التي قد تشير إلى الخوف من السقوط ومنها: المشية غير الطبيعية، قد يكون هناك ضعف في الإدراك الذاتي للصحة البدنية، وقد يتأثر الوضع المعرفي لدى المسن، تبدأ مظاهر الاكتئاب، بطء سرعة المشي، واستخدام الأدوات المساعدة في المشي.

السقوط والخوف من السقوط يتقاسمان بعض عوامل الخطر ويمكن أن يظهران بطرق مماثلة، الأمر الذي يقودنا إلى اقتراح أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بأن الشخص الذي لم يسقط قط سابقا، ولديه مظاهر الخوف من السقوط أو الضعف في المشية / قد يكون مؤشرا على أنه معرض لخطر السقوط ويجب مواصلة تقييمه. إن التنبؤ بالسقوط والخوف من السقوط هو نفسه، وبالتالي تحديد الأشخاص المعرضين لخطر السقوط سيحدد أيضا أولئك المعرضين لخطر الخوف من السقوط والعكس بالعكس. قد يكون القلق، وعدم الاستقلال الوظيفي في أداء الأنشطة مؤشر قوي للخوف من السقوط.

<u>تدبير الخوف من السقوط:</u>

كما ذكر سابقا، يبدو أن السقوط والخوف من السقوط يظهران بطرق مماثلة ، و الخوف من السقوط أو ضعف المشية / التوازن يعد مؤشرا على أنه ينبغي الانتباه من احتمالية خطر السقوط وبالتالي المسن يحتاج إلى مزيد من التقييم من خلال:

- معالجة أي مسائل طبية أساسية قد تساهم في حدوث السقوط
- معالجة اضطرابات المشي / التوازن لتحسين التنقل بتطبيق تمارين مخصصة
- تحديد ومعالجة القضايا الصحية "العقلية" وخاصة ضعف الإدراك، وخفض المزاج والقلق الناجم عن أداء الأنشطة والحركة.



Figure 1. Syndrome post-chute : l'angoisse de la verticalité



Figure 2. Syndrome post-chute : la position du véliplanchiste



Figure 3. Syndrome post-chute : restauration de l'indépendance à la marche

إرشادات لتجنب السقوط عند المسنين:

يزداد معدل السقوط على الأرض داخل المنزل في المرضى كبار السن و خاصة بعد سن الستون. و تزداد خطورة الإصابات الناتجة عنها و لاسيما إصابات الرأس و الكتف و الساعد و الحوض و الفخذ.



الأسباب:

هناك العديد من العوامل التي تزيد من احتمال التعرض للسقوط.:

عوامل طبية

- خلل وظيفة العضلات وهشاشة العظام
- عدم انتظام ضربات القلب
- الاكتئاب، ومرض الزهايمر

- عدم الاتزان نتيجة أمراض الأعصاب أو الأذن الداخلية
- التهاب المفاصل، وضعف عضلات الفخذ
- السكتة الدماغية، ومرض باركنسون
- فقدان السمع أو الرؤية
- الآثار الجانبية للأدوية

عوامل الشخصية

- **العمر** .خطر السقوط يزداد مع التقدم في السن حيث تؤثر الشيخوخة على البصر، والتوازن، والقوة، والقدرة على الاستجابة بسرعة.
- **النشاط** .يؤدي عدم ممارسة الرياضة إلى انخفاض التوازن و ضعف العظام والعضلات.
- **العادات السيئة** .تناول الكحول والتدخين يؤديان إلى انخفاض قوة العظام. تعاطي الكحول يمكن أن يؤدي أيضا لعدم الثبات و بطء رد الفعل.
- **النظام الغذائي** .وإتباع نظام غذائي سيء وعدم الحصول على ما يكفي من المياه يضعف القوة والطاقة، ويمكن أن يجعل من الصعب التحرك والقيام بالأنشطة اليومية.

عوامل في المنزل

- العديد من حوادث السقوط هي نتيجة لأخطار منزلية مثل الأرضيات الزلقة أو الرطبة، وضعف الإضاءة و الأشياء التي تعرقل المشي مثل الأسلاك و السجاجيد الغير مستوية.
- الأحذية و النعال الغير جيدة

<u>الوقاية من السقوط:</u>



- الحصول سنويا على فحص العين و الجسم بصفة عامة يتضمن تقييم مشاكل القلب وضغط الدم
- عدم التدخين
- تجنب الكحوليات.
- سؤال الطبيب عن أي آثار جانبية من الأدوية
- بدء برنامج تمارين رياضية بعد استشارة الطبيب والمشاركة في برنامج التمارين الرياضية التي تساعد على خفة الحركة والقوة والتوازن. كما أن استخدام السلم، والركض، والمشي ورفع الأثقال المناسبة يساعد على الحفاظ على قوة العظام و تجنب هشاشة العظام.
- استخدام عكاز أو مشاية
- استخدام نعال و أحذية جيدة

<u>التعديلات التي ينصح بها في المنزل لمنع السقوط</u>

تظهر الأبحاث أن تعديلات السلامة البسيطة في المنزل (حيث تحدث معظم حوادث سقوط كبار السن) يمكن أن تقلل بشكل كبير من خطر السقوط والإصابات المصاحبة لها.

حجرة النوم

- وضع مصباح وهاتف بالقرب من السرير
- النوم على سرير يسهل الدخول والخروج منه.
- ترتيب الملابس في الخزانة بحيث تكون سهلة الوصول إليها
- تثبيت إضاءة على طول الطريق بين غرفة النوم والحمام.
- تجنب ترك أغراض على الأرض قد تعرقل المشي

باقي المنزل:

- ترتيب الأثاث بحيث يكون هناك ممر واضح للمشي
- وضع سجادة مقاومة للإنزلاق بجانب و داخل حوض الاستحمام



- تثبيت مفاتيح إنارة سهل الوصول إليها على مداخل الغرفة حتى لا يضطر المسن إلى السير في غرفة مظلمة لتشغيل ضوء.
- المشي فقط في غرف والسلالم والقاعات مضاءة جيدا.
- تثبيت أطراف السجاجيد باستخدام مسامير أو مواد لاصقة
- إزالة عتبات الأبواب
- عدم الوقوف على الكراسي أو مربعات للوصول إلى الخزانات العلوية.
- تثبيت درابزين على جانبي الدرج بكامل طول الدرج.
- وضع سجادة مقاومة للانزلاق بجانب و داخل حوض الاستحمام للخروج والدخول الآمن.
- التأكد من جفاف أرضيات الحمام



- استخدام مقعد حوض الاستحمام إذا لم يتمكن المسن من خفض نفسه إلى أرضية الحوض
- استخدام مساند حائطية للمساعدة على الحركة و الاتزان
- المساند في الحمام تساعد كبير السن على الحركة و تمنع سقوطه

التشخيص التمريضي:

خطر التعرض للسقوط

<u>الأهداف (goals):</u>

1. تجنب المريض لحدوث السقوط.
2. يقوم المريض باتخاذ تدابير السلامة لمنع السقوط.
3. سيطبق المريض تدابير وقائية انتقائية.
4. سيقوم المريض ومقدم الرعاية بتنفيذ استراتيجيات لزيادة السلامة ومنع السقوط في المنزل.

<u>التقييم التمريضي (nursing assessment)</u>

1- تقييم للظروف المرتبطة بزيادة مستوى خطر سقوط عند القبول، في أعقاب أي تغيير في الحالة المادية للمريض أو الحالة المعرفية، كلما يحدث سقوط، بشكل منهجي خلال إقامة في المستشفى، أو في أوقات محددة في أماكن الرعاية طويلة الأجل:

- تاريخ السقوط
- تغيرات الحالة العقلية
- التغييرات الجسمية المرتبطة بالعمر
- ضعف الحواس

- المشية و التوازن
- استخدام الأجهزة المساعدة للحركة
- الأعراض المرتبطة بالأمراض
- الأدوية
- ملابس غير آمنة

2- تقييم بيئة المريض بالنسبة للعوامل التي قد تزيد تعرضه لخطر السقوط مثل أماكن غير مألوفة، الإضاءة غير كافية، والأسطح رطبة، والأرضيات مشمع، فوضى، وجود الأشياء على الأرض.

3- إحالة المريض في حال وجود مشاكل في الجهاز العضلي الهيكلي للتقييم التشخيصي.

التداخلات التمريضية (nursing intervention)

1- بالنسبة للمريض في المستشفى أو وضع في الرعاية طويلة الأجل:

- للمرضى المعرضين لخطر للسقوط يجب توفير علامات أو تأمين تحديد لمعصم المريض لتذكير مقدمي الرعاية الصحية لتنفيذ السلوكيات الوقائية.
- نقل المريض إلى غرفة بالقرب من محطة الممرضات.
- وضع العناصر المستخدمة من قبل المريض في متناول اليد، مثل جرس النداء ، المبولة، والمياه، والهاتف.
- الرد على جرس النداء في أقرب وقت ممكن.
- وضع الأسرة في أدنى ارتفاع ممكن. إذا لزم الأمر، تامين نوم المريض مباشرة على فراش على الأرض إذا أمكن.
- استخدام القضبان الجانبية على الأسرة، حسب الحاجة. بالنسبة للأسرة ذات القضبان الجانبية المقسمة، اترك على الأقل أحد القضبان عند سفح السرير
- تجنب استخدام القيود للحد من السقوط.
- ضمان الإضاءة المناسبة في الغرفة، وخصوصا خلال الليل.
- تشجيع المريض على ارتداء حذاء مع نعال غير ناعمة عند المشي.
- تعريف المريض على تخطيط الغرفة. والحد من إعادة ترتيب الأثاث في الغرفة.
- توفير الأثاث الثقيل الذي لن يسقط عندما يستخدم كوسيلة دعم عندما من قبل المريض. اجعل المسار الأساسي في الغرفة واضحا ومستقلا قدر الإمكان. تجنب الفوضى على سطح الأرض.
- يجب تأمين أجهزة إنذار السرير والكرسي عندما يتحرك المريض دون دعم أو مساعدة.
- توفير كرسي لديه مقعد ثابت والذراعين على كلا الجانبين. وأن تكون العجلات مؤمنة.

2- التعاون مع أعضاء فريق الرعاية الصحية لتقييم الأدوية التي تسبب السقوط للمريض . فحص لأدوية الموصوفة التي تؤثر على مستوى الوعي.

3- السماح للمريض بالمشاركة في برنامج ممارسة التمارين الرياضية بانتظام والتدريب على المشي.

4- إبلاغ المريض ميزة ارتداء النظارات و السماعات و أن يتم فحصها بانتظام.

5- تأمين جلسات العلاج الفيزيائي للمريض للمساعدة في تقنيات المشي وتزويد المريض بالأجهزة المساعدة للحركة. الشروع في تقييم سلامة المنزل حسب الحاجة.

6- إذا كان المريض لديه أعراض جديدة من الارتباك (الهذيان)، يجب تقديم التوجه له عند التفاعل معه. لديها عائلة تجلب العناصر المألوفة، والساعات، والساعات من المنزل للحفاظ على التوجه.

7- الطلب من العائلة البقاء مع المريض.

8- تجنب استخدام الكراسي المتحركة قدر الإمكان لأنها يمكن أن تكون بمثابة أداة معيقة للحركة

9- تحسين الوسائل الداعمة في المنزل.

الجلسة العملية الثالثة

تدريب المسن على بعض الأنشطة والتمارين

عادةً ما تتراجع القدرة الحركية لدى الكثير من الأشخاص مع التقدم في العمر. وللتغلب على هذه المشكلة، أوصى اختصاصي التمريض الألماني هايكو روتينكروغر، كبار السن بفحص لياقتهم البدنية وتدريب قدرتهم الحركية بشكل مدروس من خلال تمارين معيّنة، قبل البدء في أي نشاط حركي. ولتحقيق ذلك، أوصى روتينكروغر عضو الجمعية الألمانية لمساعدة كبار السن بمدينة كولونيا، بالتفكير والتحقق من نوعية الأنشطة التي يُمكن القيام بها بسهولة وتسجيلها. وبذلك يُمكن لكبار السن اكتشاف أوجه القصور لديهم في هذا الشأن.

وإذا تبيّن لكبار السن من محاولة التأمل هذه، أنه يصعب عليهم مثلاً النهوض من المقعد، فغالباً ما يرجع ذلك إلى معاناتهم من قصور في قوى الذراعين والساقين، ويقول روتينكروغر: "بذلك سيكون الجلوس المستمر والنهوض المتكرر إجراءً خاطئاً بالنسبة لحالتهم؛ حيث يعد ذلك تمريناً لتدريب قوة التحمل وليس للتقوية." وكي يقوم كبار السن بتدريب قوتهم، أكد روتينكروغر أنهم لا يحتاجون لأثقال، إنما يكفي استخدام قدرة الجسم على المقاومة لتحقيق ذلك. لذا أوصى الخبير الألماني كبار السن برفع سيقانهم بالتناوب أثناء الوقوف وإبقائها في هذه الوضعية لبعض الوقت، إذا ما تحققوا من أنهم يعانون من ضعف في سيقانهم، لافتاً إلى أنه يُمكن استخدام التمرين نفسه لتقوية الذراع أيضا.

وأردف روتينكروغر أنه ليس بالضرورة أن يرجع تدهور القدرة الحركية للذراعين والساقين لفقدان القوى فحسب، إنما يُمكن أن يكون فقدان الأذرع والسيقان للقدرة على التحرك معاً بشكل جيد عاملاً مؤدياً إلى ذلك أيضاً؛ ومن ثمّ يتوجب على كبار السن في هذا الوقت العمل على تدريب التناسق العصبي العضلي لديهم من خلال ممارسة بعض التمارين.

ويضرب الخبير الألماني مثالاً لهذه التمارين، قائلا: "يتم تقديم الساق اليمني إلى الأمام ومد الذراع اليسرى إلى الخلف، مع العلم بأنه يُمكن لكبار السن الذين يتمتعون بقدر أكبر من النشاط البدني، تدوير رأسهم إلى أحد الجانبين ."وأكد روتينكروغر أنه من الأفضل أن يكون هناك مقعد أو أي وسيلة دعم أخرى بالقرب من كبار السن أثناء ممارسة هذه التمارين، كي يُمكنهم الاستناد عليها عند الحاجة، لافتاً إلى أنه يُفضل ممارسة هذه التمارين بصورة متكررة يومياً، مع العلم بأنه يجب ألا يقل معدل ممارستها عن مرة واحدة أسبوعياً.

تمارين التوازن

يمكن القيام بتمارين التوازن البسيطة لكبار السن هذه في المنزل للمساعدة في تحسين صحته وحركته. تعتبر هذه التمارين لطيفة و سهلة التنفيذ و يتم رفع مستوى التمرين ببطء و العمل على زيادة عدد مرات كل تمرين بشكل تدريجي مع مرور الوقت.

يمكن محاولة ممارسة هذه التمارين مرتين أسبوعيا على الأقل ويمكن الجمع بينها و بين التمارين الأخرى في هذه المجموعة لتحسين قوَّة و توازن و تناسق حركة المسن.

المشي الجانبي

أ .الوقوف بوضع القدمين إلى جانب بعضهما البعض، مع ثني الركبتين قليلاً.

ب .القيام بخطوة جانبية بطيئة مضبوطة مع تحريك إحدى القدمين على الجانب أولاً.

ج .ثم تحريك القدم الأخرى لتنضم للأولى.

تجنب تحريك الوركين أثناء القيام بهذه الحركة.

يتم القيام بتنفيذ 10 خطوات على الجهتين أو تحرك من أحد أطراف الغرفة باتجاه الأخرى.

تمرين كرم العنب البسيط

يتضمن هذا التمرين المشي بشكل جانبي عن طريق تقاطع الرجلين.

أ .البدء بالتمرين بوضع الرجل اليمنى فوق الرجل اليسرى.

ب .تحريك القدم اليسرى لتنضم لليمنى.

القُيام بخمس خطوات متقاطعة على كل جانب. إذا لزم الأمر، وضع الأصابع على الحائط لتحقيق التوازن. فكلما كانت الخطوة أصغر، ازداد توازن المسن أكثر .

المشي على الكعب ثم أصابع القدم

أ .الوقوف منتصباً، مع وضع الكعب الأيمن على الأرض مباشرةً أمام إصبع القدم اليسرى.

ب .ثم القيام بنفس الخطوات مع الكعب الأيسر. و الحرص على النظر للأمام بشكل دائم. إذا لزم الأمر، وضع الأصابع على الحائط لتحقيق التوازن.

يمكن محاولة القيام بخمس خطوات على الأقل. وعند التقدم في أداء التمرين، يمكن التحرك بعيداً عن الجدار.

الوقوف على ساق واحدة

أ .بدء التمرين بالوقوف باتجاه الحائط، و مدّ اليدين للأمام حتى تلامس أطراف الأصابع الحائط.

ب .رفع الساق اليسرى، مع المحافظة على مستوى الوركين وبقِاء القدم الأخرى منحنية قليلاً. ثم إعادة القدم بهدوء إلى الأرض.

إبقاء القدم مرفوعة لمدة تتراوح بين الخمس والعشر ثواني، و تنفيذ التمرين ثلاث مرات لكل جانب.

تمرين الصعود

ممارسة هذا التمرين على إحدى درجات السلم و يفضل وجود مسند أو حائط قريب للاستناد عليه.

أ .الصعود بالقدم اليمنى على الدرجة.

ب .إلحاق القدم اليسرى باليمنى.

ج .إعادة القدمين للأسفل والعودة إلى نقطة البداية.

العامل الأساسي لتحقيق التوازن هو الصعود و النزول ببطء بطريقة مضبوطة. يمكن تنفيذ التمرين خمس مرات لكل ساق.

الجلسة العملية الرابعة

خشونة الركبة

ينتج مرض الخشونة عن تغيرات طارئة في غضروف الركبة الناعم الأملس تجعله رقيقاً وخشناً مع تشكل نتوءات عظمية، فيعاني المصاب من عدد من العوارض القاسية، مثل التيبس، والألم، والتورم، وصعوبة المشي، وربما العرج. ومع التقدم في العمر تقل مرونة غضروف الركبة وتقل معها قدرته على تحمّل الضغط الشديد الواقع عليه.

وعلى رغم أن الغالبية العظمى من الناس يعتقدون بأن دمار الغضروف الذي يحمي العظام من الاحتكاك، هو أصل البلية، إلا أن دراسات حديثة أفادت بأنه مرض أكثر تعقيداً ويشمل أجزاء أخرى داخل المفصل وخارجه، بما في ذلك العظام والنخاع. وربما هناك عامل التهابي مساعد وجينات تدخل على خط المرض.

تبدأ خشونة الركبة بانسداد الشعيرات الدموية الدقيقة المغذية للمفصل والغشاء الزلالي ما يسبب الالتهاب والتورم في الركبة. وبعد ذلك تبدأ الغضاريف بالتآكل التدريجي الذي يزيد مع التقدم في العمر وزيادة الحمل على المفصل فتتقلص المسافة بين نهايتي عظمة الفخذ وعظمة الساق. ومع تطور الحيثيات الالتهابية يقل إفراز السائل المفصلي ما يزيد من الاحتكاك بين عظمتي المفصل أكثر فأكثر وبالتالي زيادة مساحة التخريب. وبعد فترة تقصر أو تطول ينتهي الالتهاب بحدوث التليفات في الغشاء المفصلي والأربطة فتتشنج العضلات ويتفاقم الألم.

<u>هناك عوامل أساسية تزيد من فرص الإصابة بخشونة الركبة هي:</u>

1. التقدم في العمر، فحدوثه يكثر بعد سن 45 سنة.
2. الجنس، تصيب الخشونة النساء أكثر من الرجال.
3. الإصابات الرضية والكسور.
4. البدانة.
5. الأمراض الروماتيزمية.

لا يوجد حل جذري ينهي مرض خشونة مفصل الركبة، وكل ما يمكن فعله على أرض الواقع هو التحكم في العوارض، وإبطاء المرض، والسيطرة على الألم الذي يعتبر من أكثر العوارض المنغصة للمصاب. لا شك في أن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية تعطي نتائج طيبة في تركين الألم لكن المشكلة في هذه العقاقير أنها تترك خلفها مضاعفات ثانوية جدية على أنبوب الهضم فنكون في مشكلة لنقع في أخرى. لكن بعيداً من الأدوية ومشاكلها.

هنالك بعض الطرق التي تساهم في التخفيف من الألم:

-**التدليك المنتظم**: إذا أخذنا بنتائج دراسة للدكتور ديفيد كيتز من مدرسة طب هارفارد الأميركية، فإن التدليك المنتظم مفيدة في تقليص حدة الألم الناجم عن خشونة الركبة وكذلك في تحسين وظيفة المفصل .وحسب كيتز، فإن التدليك لا يمكن أن يكون العلاج البديل للأدوية، لكنه يلعب دوراً في التخفيف من اللجوء إليها، وليس في استبدالها كلياً.

-**خفض الوزن**: إن الزيادة في الوزن تطلق شرارة المعاناة أو أن هذه الأخيرة تصبح أكثر سوءاً مع زيادة وزن الجسم، وفي هذا الإطار كشفت دراسة أميركية نشرت في عام 2011 أن ضياع 10 في المئة من الوزن يؤدي إلى تحسن ملحوظ على صعيد العوارض خصوصاً الألم. كثيرون من الذين يعانون زيادة في الوزن يتحججون أنهم غير قادرين، لكن على هؤلاء أن يفعلوا المستحيل لخفض الوزن، لأن خسارة كل كيلوغرام يساهم في تخفيف العبء عن مفصل الركبة وبالتالي يقلل من حدة المعاناة ويزيد من إمكان تحريك المفصل.

تقوية عضلات الفخذ: إن تقوية هذه العضلات خصوصاً الأمامية منها، التي تعتبر من أطول عضلات الجسم وأكبرها، تلعب دوراً ملحوظاً في التخفيف من آلام الركبة. وتتم تقوية العضلات بأن يأخذ المريض وضع الاستلقاء أو الجلوس الطويل والقيام بالخطوات الآتية:

1. تقليص عضلات الفخذ لمدة 7 ثواني ثم إرخاؤها
2. رفع الساق المستقيمة إلى الأعلى بالتناوب وإبقاؤها في الوضع 7 ثوان.
3. الاستلقاء على الجانب وتدوير الساق مع شد عضلي لمدة 7 ثوانٍ.
4. حركة الدراجة بالساقين.
5. الاستلقاء على الظهر وتدوير الساقين الممدودتين إلى الجهتين وبالتناوب 6 – مرات لكل جنب، ويمكن إعادة التمرين مع رفع الأثقال تدريجياً.
6. دفع الساقين بالتناوب للمقاومة في الاتجاهات كافة، وتعاد هذه التمارين من 5 إلى 7 مرات.

الوضعية السليمة في الجلوس: يجب الجلوس بوضع صحيح مع تجنب ثني المفصل لأكثر من 90 درجة. كما يجب تجنب بعض أنواع الجلوس الخاطئة مثل تربيع الساقين أو الجلوس في وضعية القرفصاء أو الجلوس على الأرض أو الجلوس مع ثني الساقين أسفل الجسم.

رباط حول المفصل: وتساهم الأربطة في التخفيف من العبء الواقع على المفصل، كما تقلل من اللجوء إلى استعمال الأدوية المضادة للالتهاب، وتؤخر من اللجوء إلى الخيار الجراحي. وهناك أنواع من الأربطة الداعمة، منها البسيط، ومنها المعقد الذي يملك دعامات خاصة من الطرف وحول صابونة الركبة.

استخدام العكاز: إن الاستعانة بالعكاز تقلل من الوزن الواقع على مفصل الركبة بدرجة ملحوظة، وينصح بالعكاز خصوصاً عند السير لمسافات طويلة من أجل تقليل الحمل على الركبتين.

ختاماً، بقي أن نعرف الآتي :

- الرياضة مهمة في مرض خشونة الركبة وأفضلها الهوائية والسباحة. لكن يجب الابتعاد عن الرياضة عالية الخطورة، مثل التزحلق على الجليد والدوران والقفز العالي، كما يجب تفادي الدراجات المتحركة والثابتة لأنها تزيد من الاحتكاك بين سطحي المفصل.
- عدم الوقوف طويلاً على الرجلين لأنه يزيد من الضغط الواقع على المفصل.
- تجنب الإكثار من صعود الدرج ونزوله ما أمكن لأن كل خطوة تزيد الضغط على الركبة، وإذا كان لا مفر من تسلق الدرج نصح المسن أن يفعل ذلك ببطء شديد مع سند اليد على السور لتقليل الضغط على الركبة، وحبذا لو يبدأ صعود كل درجة بالرجل السليمة ومن ثم المصابة، وإتباع العكس عند النزول، إي البدء بالمريضة ومن ثم السليمة.
- لا يفيد تناول الكلس في علاج خشونة الركبة وذلك بعكس داء الهشاشة.
- هناك الملايين من الذين يتناولون مكملات الغلوكوزامين لعلاج خشونة الركبة، لكن دراسة حديثة كشفت أن لا دليل على فائدة تلك المكملات في التقليل من تآكل الغضروف ولا في التقليل من الألم ولا في تحسين وظيفة المفصل، وهذا يعني أن استعمالها مضيعة للوقت وهدر للمال.
- في خصوص الوخز بالإبر الصينية فهو يعطي نتيجة جيدة في بعض الحالات، ولا يعرف بالضبط السبب. في كل الأحوال يمكن اللجوء إلى الوخز في حال فشل الطرق الأخرى.

الجلسة العملية الخامسة

هشاشة العظام

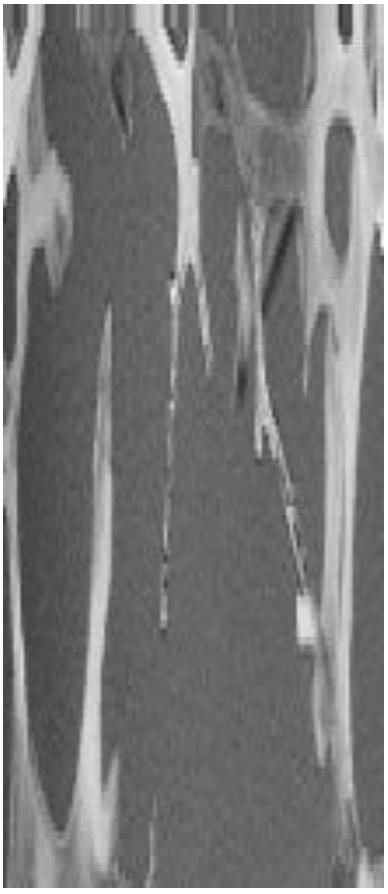
من منا لم يرى عجوزاً منحني الظهر، متكئاً على عصاه ، متحسراً على أيام الشباب ، و من منا لم يسمع عن احد أقاربه أو جيرانه انه أصيب بكسر في فخذه بمجرد سقطة بسيطة أو رض خفيف.

ما الذي يجعل العظام القويه القاسية تنكسر و تنهدم بأبسط الرضوض و الضربات ؟ و ما سبب انحناء العمود الفقري عند أغلب البشر في وقت معينٌ؟

لنتحدث عن سبب هذه المشاكل في العظام و ما هو العمل الأساسي في حصول هذه الأعراض الخطيرة

وهو هشاشة العظام

هو العظام المنخورة، حيث تؤدي الإصابة بمرض هشاشة العظام إلى إضعاف العظام إلى درجة تصبح فيهًا هشة و مجرد القيام بأعمال بسيطٌه جدا تحتاج إلى اقل قدر من الضغط، كالانحناء إلى الإمام أو رفع مكنسة كهربائية أو حتى السعال، قد تسبب كسورا في العظام. يعود سبب ضعف العظام هذا، في معظم الحالات، إلى النقص في مستوى الكالسيوم و الفوسفور، أو النقص في معادن أخرى في العظام



عظم مصاب بهشاشة العظم



عظم طبيعي

كيف تبدو هشاشة العظام

هشاشة العظام من الأمراض الشائعة و تنشأ عادة على مدى عدة سنوات ، إذ تصبح العظام تدريجيا أكثر رقة وأكثر هشاشة. وتعتبرالنساء هن الأكثر عرضة للإصابة بهشاشة العظام ؛ تصاب النساء في منتصف الأربعينات بل و أ يضا في الثلاثينات من العمر كما تصاب المتقدمات في السن بهشاشة العظام.

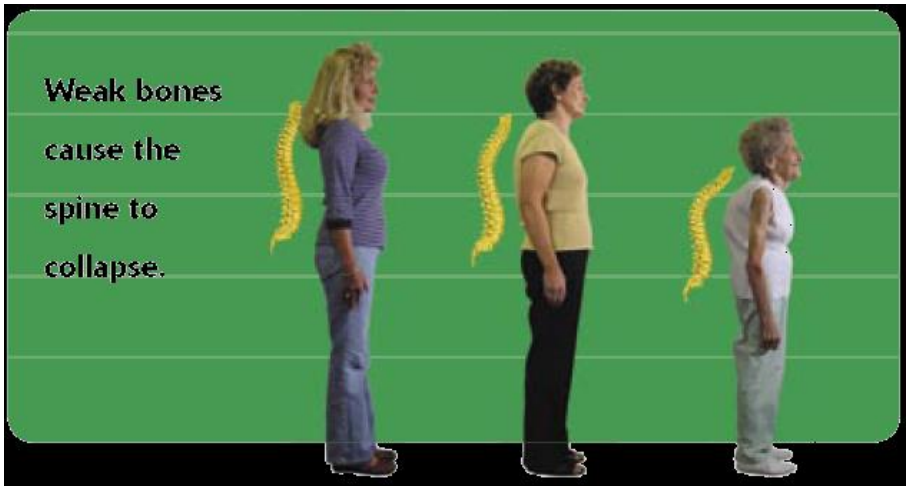




المرض الصامت

•هشاشة العظام تنشأ عادة على مدى عدة سنوات ، إذ تصبح العظام تدريجيا ٌ أكثر رقة وأكثر هشاشة، تتسم المراحل المبكرة من ضعف الكتلة العظمية، بأنها تخلو عادة من الآلام أو أية أعراض أخرى، ومنذ لحظة ظهور ضعف أو ضمور في العظام من جراء الإصابة بمرض هشاشة العظام، قد تبدأ بعض أعراض هشاشة العظام بالظهور، من بينها:

- آلام في الظهر، وقد تكون آلاما حادة في حال حصول شرخ أو انهدام في الفقرات.
- فقدان الوزن مع الوقت، مع انحناء القامة.
- حدوث كسور في الفقرات، في مفاصل كفي اليدين و في حوض الفخذين أو في عظام أخرى



تعد الكسور في العظام أكثر مضاعفات هشاشة العظام انتشارا وخطورة لدى المصابين بمرض هشاشة العظام. الكسور في حوض الفخذين، العمود الفقري و اكف اليدين هي من الكسور الواسعة الانتشار بين مصابي مرض

هشاشة العظام، والتي تنجم في الغالب عن حوادث السقوط.



<u>الفئة المعرضة للخطر بالاصابة بهشاشة العظام:</u>

- النساء فوق سن ال. 65
- النساء اللواتي شهدن انقطاع الطمث قبل سن ال 55.

- الرجال أو النساء الذين تُلقون علاجا متواصلا بالستيروئيدات (حيث أن إحدى التأثيرات الجانبية للستيروئيدات هي هشاشة العظام.)
- الأشخاص الذ نٌ وزنهم اقل من 50 كغ..
- رجال فوق سن ال. 70
- الرجال والنساء فوق سن ال 50 الذين يصابون بكسر في العظام نتيجة حادثة أو وقوع ليس من المفروض أن تسبب كسرا.

كيفية تقوية العظام ...حتى في الستين!

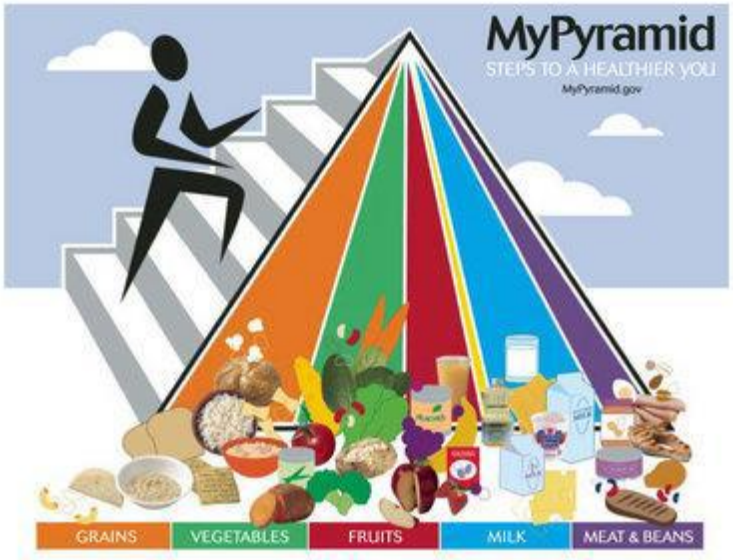
مهما كان عمركم، لم يفت الأوان بعد للبدء، لكن تقوية العظام خلال مرحلة الطفولة والمراهقة أفضل دفاع ضد هشاشة العظام .تقوية العظام في وقت مبكر سوف تقلل من أثار عملية الهشاشة الطبيعية للعظام والتي تبدأ في سن الثلاثين .كلما كبرنا، فان أجسامنا لا تنتج عظام جديدة بسرعة كافية لمواكبة ضعف وهشاشة العظام. وبعد سن اليأس عند النساء، تزداد نسبة هشاشة العظام.



ابسط طريقة لمنع هشاشة العظام البدء فورا ببناء عظام قوية وهناك خطوات ممكن اتخاذها لكيفية تقوية العظام ولمنعهها من أن تصبح ضعيفة وهي:

- ممارسة النشاط البدني المنتظم
- استهلاك كميات كافية من الكالسيوم
- استهلاك كميات كافية من فيتامين (د)، الذي يعد ضروريا لتحفيز امتصاص الكالسيوم في الجسم
- إتباع نظام غذائي صحي لتقوية العظام:

المواد المغذية الأخرى، مثل فيتامين A ،فيتامين C ، والمغنزيوم، والزنك، وكذلك البروتينات، تساعد على بناء عظام قوية ويوفر الحليب العديد من هذه المواد المغذية .و يمكن الحصول على هذه المواد الغذائية عن طريقة تناول نظام غذائي صحي ، والذي يتضمن كميات من هذه العناصر. وتشمل اللحوم الخالية من الدهون والأسماك والخضروات والخضار الورقية والبرتقال.



- الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية بإفراط
- التقليل من استهلاك الكافايين
- الامتناع عن التدخين

يمكن تشخص حالات قلة العظم، أو حتى المراحل المبكرة من الإصابة بمرض هشاشة العظام ، بواسطة استخدام تقنيات أو وسائل قياس كثافة العظام.

تعد طريقة تصوير كثافة العظام بتقنية امتصاص العظم بواسطة الأشعة السينية المزدوجة طريقة التصوير الأفضل حيث يعتبر إجراء سهل وسريع ويعطي دقة بالنتائج. يتم في هذا الفحص قياس كثافة العظم في العمود الفقري وفي عظم الحوض وفي عظمة كف اليد والتي هي المناطق الأكثر عرضة للإصابة بهشاشة العظام كما يستخدم هذا الفحص لرصد التغيرات التي تحدث في العظم مع الوقت.

متى ينبغي الخضوع للفحص

تنصح المنظمة الأميركية القومية لهشاشة العظام السيدات اللواتي لا تتلقين أي من العلاجات التي تحتوي على هرمون الاستروجين، التوجه لإجراء فحص لكثافة العظام، وفي حال:

- بلوغ سن ال 65 عاما، بغض النظر عما إذا كانت السيدة تنتمي لأي من مجموعات خطر الإصابة بمرض هشاشة العظام أم لا

- بلوغ السيدة سن اليأس (مرحلة انقطاع الطمث)، إذا كانت تنتمي إلى واحدة من مجموعات خطر الإصابة بمرض هشاشة العظام على الأقل، وبالإضافة إلى وقوع حادثة واحدة على الأقل لكسر في العظم.



- إذا كانت السيدة تعاني من أي من المشاكل الطبية المرتبطة بالعمود الفقري
- إذا كانت السيدة تتلقى أي من العلاجات الدوائية التي قد تسبب الإصابة بمرض هشاشة العظام، مثل البريدنيزون أو ما شابه
- إذا كانت السيدة تعاني من داء السكري من النوع الأول
- أمراض الكبد أو أي من أمراض الكلى،أو أي من الأمراض التي قد تصيب الغدة الدرقية، أو إذا كانت هنالك حالات من الإصابة بمرض هشاشة العظام في التاريخ المرضي للعائلة.
- إذا انقطع الطمث لدى السيدة في سن مبكرة

أما لدى الرجال، فلا ينصح عادة، بإجراء فحص للكشف المبكر عن هشاشة العظام نظرا لان هشاشة العظام أقل شيوعا بين الرجال

العلاج غير الدوائي لهشاشة العظام:

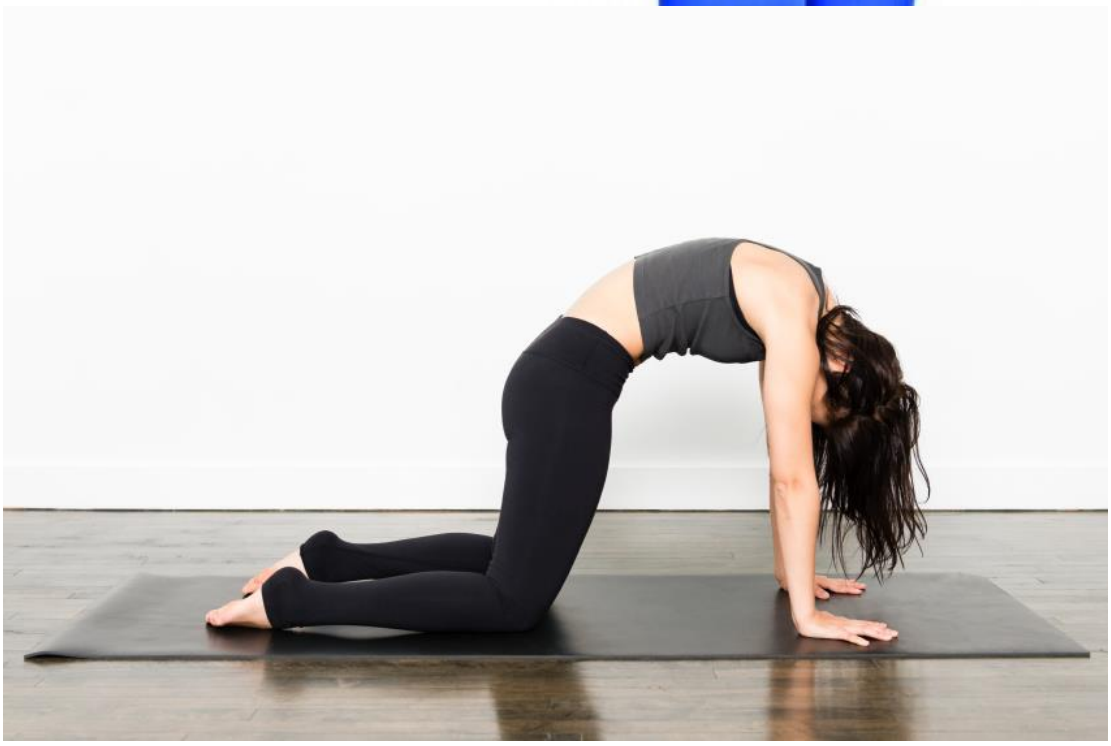
يعتبر الدمج بين التغذية الصحية السليمة، التمارين البدنية الفيسولوجية، إدراك الشخص المريض لمسؤوليته عن حالته بالإضافة إلى الالتزام التام بالأدوية الموصوفة، أفضل طرق التعامل مع هشاشة العظام.

ونذكر فيما يلي بعض **العلاجات غير الدوائية**

لقد ثبت أن نوعا معينا من العلاجات الطبيعية تساعد في تخفيف حدة الألم بشكل ملحوظ، كما تساعد أيضا في تحسين ثبات قوام الجسم وتقليل خطر الإصابات جراء السقوط، لدى النساء اللواتي تعانين من هشاشة العظام، في موازاة الانحناء في العمود الفقري

ترتكز طريقة العلاج الطبيعي علاج هشاشة العظام على الدمج بين جهاز يدعي WKO (Spinal weighted Kypho - orthosis) وهو عبارة عن جهاز خاص يتم تركيبه على الظهر ويقوم بدعم الظهر بواسطة تركيز ثقل الجسم في الجزء السفلي من العمود الفقري – وبين التمارين الجسدية الرامية إلى شد الظهر. يتم ربط الجهاز على الظهر مرتين يوميا لمدة30 دقيقة في الفترة الصباحية و 30 دقيقة أخرى في فترة ما بعد الظهر، مع القيام بتمار نٌ خاصة لشد الظهر، إذ يقُّوم المصاب بأداء التمارين عشر مرات في كل من الفترتين.





الجلسة العملية السادسة

العناية بالقدمين عند المسن

مع التقدم بالعمر يصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بمشاكل القدم مثل الالتهابات أو ظهور البثور ومسمار القدم، إذ يصبح الجلد قليل المرونة ورقيق. توجد بعض الطرق التي ستساعدك في العناية بالقدمين وتقليل آلامها ومشاكلها. يعاني كبار السن من العديد من المشاكل في القدمين مع التقدم في العمر، إذ يصبح جلد الرجلين أقل مرونة وأكثر رقة، فيصبح أكثر عرضة لكل من:

- الالتهابات
- الإصابات الفطرية مثل القدم الرياضي
- التورم وتشققات الجلد
- الأظافر المغروسة
- آلام في الكعب
- مسمار القدم والبثور.

قد يزيد الأمور سوءاً عدم قدرة أغلب كبار السن على العناية بأقدامهم لوحدهم، إذ تشير بعض الإحصائيات إلى أن واحد تقريبا من كل ثلاثة أشخاص كبار في السن لا يمكنهم تقليم أظافرهم. وذلك قد يعود إلى عدم قدرتهم على الانحناء أو الحركة بسهولة، أو مشاكل ضعف البصر وغيرها من مشاكل تمنعهم من الاعتناء بالقدمين بشكل سليم.

خطوات العناية بالقدمين لكبار السن

أهم الخطوات التي يجب إتباعها للحرص على القدمين والعناية بهما عند المسن:

الحرص على تقليم وبرد الأظافر باستمرار

الحرص دائماً على تقليم أظافر المسن وجعل طولها مريح له، مع محاولة تقليمها بشكل مستقيم مبتعداً عن الزوايا حتى لا تتسبب بنشوب الظفر.

تنظيف القدمين وتجفيفهما جيداً

الحرص على تنظيف القدمين وغسلهما أكثر من مرة خلال اليوم وخاصة ما قبل النوم، والقيام بعملية التجفيف بشكل جيد حتى لا تكون عرضة للبكتيريا وتكاثر الجراثيم.

إزالة الجلد الميت والجاف وترطيبه

في حال كان المسن يعاني من جفاف القدمين وخشونتهما، يجب الحرص على ترطيبهما باستمرار واستخدام المراهم الكريمات الخاصة بذلك، والتحقق من وجود أي تشققات أو جلد ميت في أسفل القدمين والقيام بالتخلص من الجلد الزائد وتنعيم الكعبين.

علاج أي التهابات أو عدوى

التحقق دائماً من صحة القدمين لدى المسن، والانتباه إذا ما وجدت أي مؤشرات على أي التهاب أو عدوى أو فطريات. مراقبة أظافر القدمين، وملاحظة إذا ما وجدت أي بثور أو تورمات، واللجوء إلي الطبيب المختص في حال العثور على أي مؤشر مما سبق.

ارتداء الحذاء المناسب

اختيار الحذاء والجوارب الملائمة للمسن، بحيث تكون مريحة وغير ضاغطة على القدمين، أو فضفاضة بشكل زائد، والتأكد من نوعية ما يرتدي المسن ومن توفير التهوية اللازمة.

في حال كان من الصعب على الكبير بالسن القيام بهذه الخطوات لوحده فقد تنصحه باللجوء إلى طلب المساعدة من المقربين كالزوجة أو الابن، أو اللجوء إلى مساعدة الخبير ومختص العناية بالقدمين.

العناية بالقدمين عند المسن المصاب بالسكري:

إن أفضل وسيلة لحماية القدمين هو ضبط معدل السكر في الدم في المستوى الطبيعي أو قريبا منه. كما يجب أن تكون الوقاية من مشاكل القدم السكرية هدفا رئيسيا لمريض السكري، وذلك بغسل القدمين وتجفيفهما، خاصة بين الأصابع يوميا، فحص القدم كل يوم واستخدام مرآة للنظر إلى مؤخرة القدمين، واستشارة الطبيب إذا أحس باحمرار أو ورم أو ألم، أو تخدر في أي جزء من القدم، إن تهاون المريض في مراجعة الطبيب قد يؤدي إلى الغرغرينا ومن ثم إلى بتر العضو المصاب وقد يؤدي إلى تسمم الدم والوفاة.

العناية بالجلد والقدمين :

قد تشكل العناية بالقدمين صعوبة حقيقية بالنسبة لكبار السن ضعف البصر وصعوبة الوصول الى القدمين بسبب الداء السكري أو أمراض أخرى مزمنة، مضاعفات في الأوعية الدموية الطرفية ومشاكل الدورة الدموية وضعف الإحساس ونقص الالتئام في الأطراف يمكن أن تجتمع لتجعل حتى العناية العادية الروتينية بالقدمين خطرة ولذا يجب تعليم المسن في حالة الاستطاعة أو من يقوم برعايته على نقاط هامة هي

العناية اليومية:

- استخدام ضوء قوى لفحص القدم

- استخدام مرآة حتى يسهل رؤية أسفل القدم(Bottom) أو يقوم شخص آخر بفحصها يوميا
- استعل غسول لأسفل القدم ، خاصة إذا كانت متشققة بسبب جفاف الجلد
- يمكن استخدام بودرة إذا كانت الأقدام تعرق(Perspire) بسهولة
- لا تستعمل مواد كيماوية على القدم (إزالة الثآليل.)

العناية بالأظافر:

- استعمل مقص بحافة مستديرة
- قص الأظافر مستقيمة وليس بزاوية
- قلم الأظافر بعد الاستحمام
- استشر متخصص في حالة الأظافر السميكة او حالة صعوبة رؤية وقص الأظافر

الأمان:

- لا تمشي حافي القدمين Barefoot
- لا تستخدم قربة أو زجاجات الماء الساخن
- ارتدي جورب من القطن لتدفئة القدمين أثناء فصل الشتاء والبرد
- تأكد من وجود إضاءة دائما في الغرف والطرقات
- لا تضع رجل فوق الأخرى أثناء الجلوس (Legs crossed)

الحذاء:

- اشتري حذائك في المساء حيث تكون القدمين متورمة قليل
- اشتري حذاء ذات نعال كاوتش سميك ووجه مرن(Soft tops) وبها مكان مناسب وكاف للأصابع
- قبل ارتداء الحذاء تأكد من خلوها من أي أجسام غريبة ، مثل الحصى ، دبوس
- الحذاء الجلد عادة هي الأفضل لأنها تسمح للقدم بالنفس
- تحاشى اختبار الأحذية ذات الكعب العالي والمدببة من الأمام (من مكان الأصابع)
- لا تختار وتجنب استعمال الجوارب والأحذية الضيقة
- استبدل الجورب يوميا ، لاحظ أي علامات للخمج في الأصابع مثال ذلك ، نزول دم

الخمج:

- لاحظ علامات الخمج احمرار ، تورم ، افرزا، الم ، رائحة كريهة ، حتى الجروح الصغيرة قد يصيبها الخمج.
- لابد من استشارة الطبيب مباشرة عند ظهور أول علامة للخمج.

- يراعى تنظيف مناطق الجروح الصغيرة باستخدام الماء والصابون ولا يستخدم محاليل بها فينول(Phenol) أو حمض السلسليك لان هذه المواد يمكن أن تسبب حرق للجلد ، بعد التنظيف ضع ضماد معقم ورباط ولا يستعمل بلاستر لأنه يؤذي الجلد.
- لابد من خلع الجورب والحذاء عند كل زيارة للطبيب حتى يقوم بفحص القدمين.

الجلسة العملية السابعة

العناية بالأسنان عند المسن

التقدم في السن لا يعد مرضا بحد بذاته، بل هو في الواقع عبارة عن مجموعة من العمليات التي تبدأ و تستمر عبر دورة الحياة ، و بمرور الشخص خلال هذه العمليات يختلف عن غيره .وبالتالي، فإنه من الملاحظ أن هذه الفئة (المسن) شديدة التباين عن غيرها من الفئات العمرية الأخرى .

التغيرات في الفم:

4- غشاء الفم المخاطي: توصف التغيرات في غشاء المخاطي الفموي بأنها تشبه التغيرات التي تحدث في الجلد من فقدان المرونة

5- الغدد اللعابية :تتركز أكثر هذه التغيرات في الغدد اللعابية الصغرى والفكية السفلى، واقلها في الغدد النكفية اللعابية وهذه التغيرات عبارة عن تناقص في عدد الوحدات الإفرازية أو تزايد كميات الأنسجة الليفية و الدهنية داخل الغدة

6- التغيرات في اللعاب: يطرأ تناقص في كمية البروتين كما يحدث تغير في نوعية اللعاب المخاطي وتناقص في محتوى الصوديوم

7- الأنسجة المحيطية: لا يوجد أي دليل علمي حتى الآن يثبت أي تغير في النسيج الطلائي اللثوي أو الأنسجة الضامة اللثوية فيما عدا تغير شكل الألياف المحيطية مع التقدم بالعمر. وبصفة عامة تعتمد سلامة هذه الأنسجة في هذا السن على القدرة على الاهتمام بنظافة الفم والسيطرة على اللويحة السنية الجرثومية (البلاك)

8- العظم السنخي المتبقي: يحصل ذوبان تدريجي لسطح العظم

التغيرات في الأسنان:

1- الميناء: يحصل فقدان تدريجي لسطح الميناء مما يعطي السطح مظهرا مستوبا مع درجات مختلفة من انعكاس الضوء إضافة إلى زيادة التشققات السطحية والتي تساعد على احتواء مختلف الصبغيات التي تغير من لون الأسنان

2- العاج: زيادة تكون العاج الثانوي والامتلاء التدريجي للأنابيب العاجية مما يؤدي لاصفرار الأسنان وتناقص شفافيتها

3- الملاط: يزداد سمك هذه الطبقة تدريجيا وفي حالات انحسار اللثة ينكشف جزء من الجذر للبيئة الخارجية مما قد يغير من لونه

4- اللب: مع التقدم في العمر يتضاءل حجم تجويف اللب تدريجيا نتيجة إفراز المزيد من العاج وبالتالي يقل عدد الأوعية الدموية والأعصاب المغذية للسن مما يجعله هشا سهل الانكسار، كما يقل إحساس المسن بالمؤثرات الخارجية (من حرارة وبرودة) ويزداد تراكم تكلسات اللب (حصوات اللب)

5- زيادة تآكل الأسنان: وذلك لتغير الظروف المحيطة بها وكثرة الاحتكاك

تغيرات الفم المرضية عند المسن:

1- جفاف الفم: وهو إحساس فردي بجفاف الفم مما يؤدي إلى صعوبة في مضغ الطعام أو بلعه وزيادة التصاقها بالأنسجة الفموية، كما قد يسبب تشقق سطح اللسان وضمور بعض حليمات التذوق
2- فطريات الفم: وهو عبارة عن عدوى بنوع معين من الفطريات والتي تعيش في الفم كجزء من البكتريا النمطية للإنسان وقد وجد أن نسبة تواجد هذه الفطريات في الفم تزداد مع التقدم في السن
3- متلازمة الفم الحارق: وهو عبارة عن تشوه أو تغير في الإحساس حيث يشكو المسن من إحساس بالحرقة في الغشاء الفموي في ظل غياب أ تغيرات سريرية ظاهرة. حتى الآن لم يتم تحديد السب المباشر لهذه المشكلة رغم وجود عدد من العوامل المرتبطة بها
4- التهاب نخاع العظم: بنوعيه الحاد والمزمن ويعزى عادة إلى العدوى بالبكتريا

تغيرات الأسنان المرضية:

1- تسوس الأسنان: ويتركز في منطقة الجذور بسبب انحسار مع ارتفاع البلاك وانخفاض مستوى اللعاب واستخدام الأطقم السنية المتحركة
2- أمراض اللثة والأنسجة المحيطة باللثة: شائعة جدا عند المسنين
3- مشكلات المضغ: بسبب جفاف الفم وضعف الأنسجة الفموية وهشاشيتها وقابليتها للإصابة بالتقرحات والمشكلات المختلفة المرتبطة بالأطقم المتحركة.

العوائق التي تؤدي لعدم العناية بالأسنان عند المسن:

1- أغلبية المسنين يعتقدون بأنهم ليسوا بحاجة للعناية بالأسنان حتى يتطور لديهم إلى الألم أو الصعوبة في تناول الطعام
2- الحالة الوظيفية والطبية للفرد
3- الاعتبارات المالية
4- صعوبة التنقل والوصول
5- انخفاض مستوى التعليم
6- الخوف
7- موقف بعض أطباء الأسنان اتجاه معالجة المرضى كبار السن

صيانة الصحة الفموية والإجراءات الوقائية:

الفحوصات الدورية للنسج الناعمة والصلبة كل ستة أشهر

نظافة الفم تبقى الإزالة الميكانيكية بفرشاة الأسنان للبلاك خط الدفاع الأول لمنع أمراض الفم عند المسن

العناية المنزلية بأسنان كبار السن:

1- يحب اختيار فرشاة أسنان تلبي حاجة المسن وذلك من خلا الحجم المناسب وسهولة الاستعمال والتنظيف والجودة
2- قد يفضل المسن فرشاة الأسنان الكهربائية على العادية
3- تنظيف أسنان المسن بطريقة دائرية مع استخدام فرشاة أسنان ناعمة والضغط الخفيف
4- يوصى باستخدام معجون أسنان يحتوي على مكونات تساعد على التخلص من البلاك ويزود الفم بالفلوريد
5- عند صعوبة تنظيف الأسنان يمكن استخدام عيدان أسنان خاصة للتنظيف بعد نقعها في سائل للمضمضة
6- استبدال الفرشاة كل ثلاث أشهر

الاهتمام بأطقم الأسنان:

1- تنظيف طقم الأسنان بعد كل وجبة طعام
2- ينظف جيدا وينقع بالماء ليلا
3- عند نزعه يوضع في كأس ماء ويشطف جيدا قبل الاستعمال
4- استعمال مطهرات خاصة لأطقم الأسنان حيث ستقتل الجراثيم وتؤمن النظافة
5- يمكن استخدام لاصق للأطقم لضمان بقائه خلال تناول الطعام

الجلسة العملية الثامنة والتاسعة

تعزيز الصحة عند المسن

تعزيز الصحة هو عملية تمكين الناس من زيادة السيطرة على صحتهم وتحسينها من خلال تطوير مواردهم للحفاظ على أو تعزيز الرفاهية.

كذلك تعزيز الصحة هو العمل من أجل الصحة باستخدام المعرفة والتواصل والتفاهم

أهداف تعزيز الصحة عند المسن:

- زيادة الجودة وسنوات الحياة الصحية
- الحفاظ على الحركة
- التخلص من الفروق الصحية والاعتماد على الآخرين
- تحسين (تعزيز) نوعية الحياة
- زيادة العمر المتوقع ← إنقاص الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض المزمنة والحادة

مكونات تعزيز الصحة:

- ممارسه الرياضة
- التغذية
- الراحة والنوم
- الفحص الطبي الدوري
- السلوك عالي المخاطر
- الرفاه الروحي
- الرفاه النفسي والاجتماعي

الجلسة العملية الثامنة

الرياضة

فوائد الرياضة الجسدية:

- استهلاك الدهون في الجسم
- تحسين قدرة القلب والأوعية الدموية (↑ تدفق الدم ----- الحفاظ على صحة الأنسجة
- السيطرة على ارتفاع ضغط الدم وسكر الدم
- تحسين وظيفة الجهاز التنفسي
- تحسين مرونة المفاصل
- تحسين نمط النوم والراحة
- ↑ الاستقلال
- تحسين الشعور بالحالة الصحية والاسترخاء
- تنشيط عمل الدماغ
- تعزيز الشعور بالحياة الطبيعية

فوائد الرياضة النفسية:

- تحسين حالة المزاج
- تحسين صورة الذات
- الحد من التوتر
- تعزيز النوم
- تحسين حالة الاكتئاب عند كبار السن

فوائد الرياضة الاجتماعية:

- تحسين التفاعل والعلاقة مع الآخرين



دور التمريض خلال ممارسة المسن للرياضة:

10- التقييم في بداية ممارسة برنامج الرياضة كما ما يلي:

- التاريخ والفحص البدني (كفس، ريسب، الجهاز العضلي الهيكلي والعصبي)
- اختبارات وظائف الكلى والكبد
- تخطيط القلب، وممارسة اختبار الإجهاد
- تقييم نطاق الحركة واستخدام الأجهزة المساعدة.
- تقييم المخاطر البيئية

11- تعيين وقت منتظم لممارسة الرياضة كل يوم

12- قبل البدء في التمرين يجب على الممرضة تقديم المشورة لكبار السن حول:

- توثيق الحالة الوظيفية في وضع الراحة (معدل التنفس، سكر الدم...)
- 10 دقائق إحماء قبل التمارين
- شرب الماء قبل وبعد التمرين مهم بسبب فقدان المياه أثناء ممارسة الرياضة
- الملابس التي يرتديها أثناء ممارسة الرياضة يجب أن تسمح لسهولة الحركة والعرق.
- الأحذية الرياضية توفر كلا من الدعم والحماية
- تجنب ممارسة الرياضة في الهواء الطلق في الطقس الحار أو البارد للغاية.
- ممارسة الرياضة مع شريك يوفر كل من التشجيع للمواصلة والسلامة.
- يجب على الممرضة تقديم المشورة لكبار السن لوقف ممارسة الرياضة وطلب المساعدة إذا كانوا يعانون من آلام في الصدر أو ضيق، وضيق في التنفس، والدوخة، أو خفقان أثناء ممارسة الرياضة.

13- خلال ممارسة الرياضة:

مراقبة معدل ضربات القلب & التنفس

وقف ممارسة الرياضة عند معاناة المسن من التعب، آلام في الصدر أو ↑ معدل ضربات القلب والتنفس.

14- بعد التمرين:

- 10 دقائق تبريد في نهاية التمرين
- رصد معدل النبض أثناء التبريد للعودة إلى نفس المعدل في وقت الراحة

التغذية عند المسن

مع التقدم في السن يحتاج الإنسان إلى رعاية وعناية فائقة، وخاصة فيما يتعمق بتغذيته اليومية حتى لا يتعرض لمشاكل صحية مختلفة. ولا بد من معرفة أن هناك علاقة بين التغذية وتقدم العمر وأن للتغذية آثار على وظائف الجسم ودورا في الوقاية من أعراض الكبر والشيخوخة، ولأن كل عضو في الجسم يفقد وظيفته بالتلف التدريجي للخلايا، وبالتالي يفقد الجسم حيويته.

يمكن للتغذية الجيدة الوقاية من الكثير من الأمراض، وللبالغ المتقدم في العمر نفس الاحتياجات الغذائية للشباب لكن يحتاج إلى كمية حريرات أقل، لذا من المهم اختيار طعام المسن بحكمة للحصول على أفضل تغذية.

هنالك ستة أنواع من المادة المغذية نحصل عليها من الطعام الذي نأكله

البروتين:

- يزودنا بالحموض الأمينية التي تبني وتحافظ على بناء الجسم
- يزودنا ب 21 حمض أميني 9 منهم يجب الحصول عليه من الطعام
- أطعمة مثل اللحم والبيض والحليب والأجبان وبعض الخضراوات تمدنا بالبروتين

احتياجات المسن من البروتين لم تتغير عن بقية المراحل العمرية من حيث الكم وهو حسب توصية (WHO) (1985) 0.75 جم / كجم من وزن الجسم من مصادر حيوانية ونباتية على أن يمثل المصدر الحيواني الثلث.

الدهون:

الدهون ليست دائما شيئا سيئا فهي تمدنا بالطاقة وتقوم بنقل مواد غذائية أخرى، هنالك ثلاث أنواع من الدهون وهي الدهون المشبعة والترانس والدهون غير المشبعة. حيث الإفراط في تناول الدهون وخصوصا الدهون المشبعة والترانس ليست بالشيء الصحي.

من أنواع الحموض الدهنية المهمة والصحية الاوميغا 3 والاوميغا 6، حيث أن زيادة تناول الحموض الدهنية الاوميغا 3 يخفض خطر الإصابة بأمراض القلب والوقاية من السرطان كذلك يخفف من حدة آلام التهاب المفاصل. توجد الحموض الدهنية من نوع الاوميغا 3 في اسماك المياه الباردة مثل سمك السلامون وفي المنتجات الحاوية على زيت السمك كذلك زيت الكانولا وفي منتجات بذور نبات الفلاكس.

يحتاج الفرد من الدهون 50جم يومياً أو ما يوازي 20-30% من السعرات الحرارية اليومية.

السكريات:

تمثل المنبع الرئيسي للطاقة في الجسم ويعتبر تناول السكريات المعقدة عند المسن أفضل من السكريات البسيطة لأنها تحتوي قيمة غذائية أعلى وتحتوي نفس عدد الحريرات.

تتميز هذه المرحلة بقلة النشاط ولذا فإن أجمالي الطاقة اليومية اللازمة للمسن تقل من 2900سعر إلى 2300سعر للرجال ومن 2200 سعر إلى 1900 سعر للسيدات حسب ما أوصت به لجنة الغذاء والتغذية الأميركية (1989) م للأعمار من 51-75 سنه.. وأفضل مصادر الطاقة هي الحبوب والبقول. وتعتبر الخضراوات والفاكهة مصدرا للسكريات البسيطة والألياف والفيتامينات والأملاح المعدنية. ومن المهم الاعتدال في الموالح، وتعد الجوافة من المصادر الغنية بفيتامين (ج). كذلك يوصى بالبطيخ والشمام حيث يحافظ على سيولة الدم ويمنع الجلطات لاحتوائها على مادة Adenosine وهي نفس المادة الموجودة في الثوم والبصل .أما الخوخ والبرقوق وا والتين والعنب فهي من أهم مصادر الألياف وأفضلها لمقاومة الإمساك.

الألياف:

لا تحتوي على الكثير من الحريرات لكنها هامة من اجل عمل جهاز الهضم وحسن سير حركة الأمعاء. توجد الألياف في أطعمة مثل الخضار والفواكه وأطعمة الشعير وحبوب أخرى كذلك الفول. من أهم فوائد الألياف أنها

تقاوم الإمساك وتعمل على انتظام حركة الأمعاء وتزيد كمية الفضلات ومقاومة سرطان القولون وتقلل امتصاص الكوليسترول لارتباطها بأملاح المرارة.

الفيتامينات:

توجد الفيتامينات عادة في الطعام لكن يمكن تناولها بشكل حبوب. يستخدم الجسم الفيتامينات من اجل الاستقلاب ووظائف هامة أخرى. بعض هذه الفيتامينات منحلة في الماء أي الجسم يتخلص من كمياتها الفائضة بطرحها عبر البول وهي فيتامينات C و B ويجب عدم تناول كميات كبيرة منها فقط الحصص الموصى بها.
من جهة أخرى يتم تخزين الفيتامينات المنحلة بالدهن في دهون الجسم ولا يتم طرحها عند دخول الجسم وهذه الفيتامينات هي Aو Dو Kو E لذا يجب توخي الحذر وعدم تناول كميات كبيرة من هذه الفيتامينات.

وينصح بتناول الألبان المتخمرة وذلك لأهميتها كمصدر للكالسيوم وحمض اللاكتيك المريح للمعدة وأهميته في القضاء على الميكروبات المعدية ، وكذلك من فوائد الألبان المتخمرة أنها تطيل العمر وتقاوم الشيخوخة ولكن الإسراف في تناولها يؤدي إلى اضطرابات معوية ، ولمرضى السكري أو القلب ينصح بتناول الحليب قليل الدسم و ينبغي ألا يزيد الاستهلاك اليومي من الملح عن 3جم وذلك لارتباط زيادة استهلاك الملح بإرتفاع ضغط الدم، لذا يجب التقليل من مصادر الأملاح مثل الأجبان والمخللات كذلك الابتعاد قدر المستطاع عن استخدام السكر أو الإسراف في استخدامه وذلك لصلته الوثيقة بتسوس الأسنان والسمنة، وقد يؤدي إلى حدوث أزمات قلبية (الذبحة الصدرية) وإرهاق للبنكرياس ويفضل استخدام بدائل السكر مثل عسل النحل أو عصائر الفاكهة.

المعادن:

مثل الكالسيوم والمغنيزيوم والبوتاسيوم والمنغنيز، وهي مكونات بنيوية في العضلات والأنسجة والدم والأسنان والخلايا العصبية والعظام وهي تساعد على جلب الأكسجين إلى الدم وتحتوي الكثير من الأطعمة على المعادن بشكل طبيعي

الماء:

الماء هام جدا للحفاظ على ثبات حرارة الجسم ونقل المواد الغذائية وتخليص أجسامنا من الفضلات

بالخلاصة من الأمور الواجب إتباعها في تغذية كبار السن للمحافظة على صحتهم ونشاطهم ما يلي:

1. التنوع في مصادر الطعام واحتوائها على مختلف العناصر الغذائية الضرورية.
2. الانتباه إلى أهمية تقليل كمية الدهون في الطعام.
3. كما يلاحظ عدم حاجة كبار السن إلى كميات كبيرة من البروتينات الحيوانية والنباتية.
4. تناول عدد كبير من الوجبات بكميات قليلة ومن الأفضل تناول من 6 إلى 8 وجبات يوميا لعدم إرهاق الجهاز الهضمي، ومد الجسم عمى مدار اليوم بالعناصر الغذائية الضرورية.
5. شرب كميات كافية من الماء، بمعدل 8 كؤوس يوميا.
6. تحضير الطعام بطريقة بسيطة وصحية، والابتعاد عن الأكل المقلي، والاعتماد على الأكل المطبوخ أو المسلوق أو المشوي.

7. تناول الخضار الطازجة ما أمكن، وكذلك الفواكه بمعدل حبتين يوميا.
8. الاعتدال في تناول المنبهات مثل الشاي والقهوة، والابتعاد قدر الإمكان عن الملح والتقليل من السكر.
9. الاعتدال في تناول الحلويات والمشروبات المحتوية على السكر كالمشروبات الغازية.
10. تجنب الأطعمة التي تسبب عسر ا في الهضم أو مشاكل معوية.
11. ممارسة الرياضة يوميا مثل :المشي والانتباه إلى عدم السقوط لتلافي التعرض للكسور.
12. الابتعاد عن التدخين والنرجيلة والأمكنة التي بها مدخنين.

الإمساك

يحدث الإمساك لدى كبار السن نتيجة لقلة الحركة وارتخاء عضلات البطن مما يعيق دفع الفضلات و قلة شرب الماء وكثرة تناول الملينات وقلة تناول الألياف و تناول الأدوية المحتوية على مركبات الحديد. ويمكن تجنب حدوث الإمساك بتجنب الأسباب سالفة الذكر ولمقاومة الإمساك يمكن تناول الخوخ والبرقوق والتمر والخضروات والخيار.

هناك العديد من الوصايا الغذائية التي يجب على المسنين الإلمام بها ومنها :

-غذاؤك اليومي يجب أن يكون متنوعاً قدر الإمكان.

-ابتعد ما استطعت عن تناول السكر والملح.

-خذ احتياجاتك من الزيوت النباتية وابتعد عن الدهون الحيوانية والقشطة.

- أكثر من تناول الخضراوات والفاكهة (وخاصة الطازجة) والحبوب والبقول.

-اشرب يومياً من 6-8 كوب ماء.

-أفضل طرق الطهي هو السلق أو في الفرن وقلل من الغذاء المشوي والمقلي.

-يجب الأكل بانتظام في وجبات صغيرة ومتتابعة.

-تحري الأطعمة المحببة التي توفر الجهد لتجهيز الطعام.

-تناول الأطعمة الطازجة وسهلة الهضم وتجنب الأطعمة الضارة مثل(الأغذية السريعة) والمعلبات.

-احرص على إعداد المائدة بشكل جذاب وفي مكان جيد الإضاءة.

-يفضل الأكل في جماعة من الأهل والأصدقاء.

-اهتم بالنشاط البدني وأفضله في هذا العمر المشي لمدة 30 د(5 مرات أسبوعياً) على الأقل.

الجلسة العملية التاسعة

النوم والراحة

العوامل التي تؤثر على النوم عند المسن:

- التغيرات في طبيعة النوم المرافقة للتقدم في العمر
- عوامل داخلية
- عوامل خارجية

التدبير التمريضي لتعزيز النوم عند المسن:

- الانخراط في ممارسة الرياضة
- تجنب ممارسة الرياضة قبل 3-4 ساعة. من وقت النوم.
- التعرض لأشعة الشمس كل يوم مع تجنب الفترة بين 12 مد إلى 3 مساء.
- الانخراط في أنشطة الاسترخاء عند اقتراب موعد النوم.
- تجنب التبغ في وقت النوم
- تجنب شرب المشروبات التي تحتوي على الكافيين قبل منتصف الظهيرة.
- الحد من تناول السوائل بعد ساعة العشاء إذا كان التبول الليلي مشكلة.
- الحد من قيلولة النهار إلى 30 دقيقة أو أقل.
- تجنب استخدام السرير لمشاهدة التلفزيون، والقراءة.

الفحوص الطبية الدورية

أهمية الفحص الطبي الدور للمسن:

- تقييم مستوى الحالة الصحية للمسن
- الكشف عن العلامات المبكرة للأمراض
- تثقيف المسن كيفية تعزيز صحته
- تعزيز وحماية السلوكيات

أنواع الفحوص الدورية للمسن :

ضغط الدم	كل 3-6 أشهر
الوزن والطول	بشكل دوري كجزء من الفحص الفيزيائي
فحص الأسنان الدوري	مرة في السنة
فحص الدم الخفي في البراز والتنظير الهضمي السفلي	سنوي
فحص النظر واختبار الزرق	مرة كل سنتين
السمع	بشكل دوري
مستوى الكوليسترول	كل خمس سنوات
الفحص الخاص بالسرطان	كل سنة
ماموغرام للسيدات تحت سن السبعين	من 1-2 سنة
فحص المستقيم	كل سنة

اللقاحات

الأنفلونزا	سنويا
الكزاز والدفتريا	كل 10 سنوات
اللقاح ضد المكورات الرئوية	مرة في عمر ال65 - إعادة التطعيم للالتهاب الرئوي القاتل عالي الخطورة / 6

العافية الروحية

ممارسة ودمج العافية الروحية في التأثير على حياة الفرد تشمل فوائد ؛ العافية العاطفية، العافية الجسدية، والعافية العقلية

فيما يلي بعض الفوائد التي قد يتلقاها المسن من مشورة مجموعات الدعم والعافية الروحية:

- الشعور بالاهتمام أكثر بحياتهم
- التمتع أكبر من الوقت الشخصي، وإيجاد السلام الداخلي
- قدرة أكبر على السيطرة على وحل مشاكل حياتهم
- شعور أكبر بالارتياح في أنشطتهم وحياتهم
- القدرة على أن يكون المسن أكثر نشاطا في الحياة بدلا من الوقوف ومشاهدته تمر

- القدرة على بناء علاقات أكثر عمقا وحب ودائمة
- تنامي الشعور بان لحياتهم معنى

دور التمريض في تعزيز الصحة

- تقييم الصحة الجسدية، العافية النفسية، نمط الحياة، الهوايات، السلوكيات عالية المخاطر، المعرفة، الاعتقاد والمواقف التي تؤثر على الصحة والعافية عند المسن.
- تقييم الاحتياجات الصحية
- تقييم التأثيرات الاجتماعية والبيئية والثقافية على السلوكيات الصحية
- تعديل نمط الحياة هو نهج شامل للتغيير الفعال في سلوكيات تعزيز الصحة
- دور الممرض/ة يجب أن يوجه نحو مساعدة المسنين على التكيف مع مستوى الحركة ------ تأخير الإعاقة والإعاقات.
- على الممرض/ة تحديد المخاطر البيئية وإجراء التعديلات اللازمة
- تحديد الاحتياجات الاجتماعية وتشجيع المشاركة ومجموعات الدعم الاجتماعي.
- على الممرض/ة تثقيف كبار السن ومقدمي الرعاية حول عملية الشيخوخة، الإعاقات الحركية والخدمات المختلفة المتاحة
- تشجيع كبار السن على الحصول على رعاية أفضل لهم، وتجنب السلوكيات عالية المخاطر، والأخطار التي تؤثر على صحتهم.
- التقييم المنتظم والمستمر يعد جانب مهم من دور الممرض/ة.

التشخيص التمريض:

ضعف العناية الذاتية

تم تعريف أنشطة الحياة اليومية بأنها "الأشياء التي نقوم بها المسن بانتظام مثل تغذية أنفسنا، والاستحمام، والتزين، والاستمالة، والعمل، وأعمال المنزل. ومع ذلك، هناك بعض المسنين التي قد تواجههم صعوبات في أداء الرعاية الذاتية لأنفسهم. تشير الرعاية الذاتية إلى الأنشطة التي يقوم بها الفرد بشكل مستقل طوال الحياة لتعزيز الرفاهية الشخصية والحفاظ عليها. على العكس من ذلك، عجز الرعاية الذاتية هو عدم قدرة الفرد على أداء الرعاية الذاتية. قد يكون العجز تأثير القيود المؤقتة، مثل تلك التي قد تواجهها أثناء التعافي من الجراحة، أو نتيجة التدهور التدريجي الذي يضعف قدرة الفرد أو استعداده للقيام بالأنشطة المطلوبة لرعاية نفسه أو نفسها. أيضا،

الأهداف (goals):

1. يستطيع المريض تحديد المصادر المفيدة في تحسين الاستقلالية وعدم الاعتماد على الغير.
2. يبدي المريض تغيرات في نمط الحياة لتلبية احتياجات الرعاية الذاتية.
3. يدرك المريض نقاط ضعفه أو حاجاته الفردية.
4. المريض ينفذ بأمان أنشطة الرعاية الذاتية إلى أقصى قدر من القدرة.

التقييم التمريضي (nursing assessment):

1. تقييم قوة المريض بكفاءة وحذر على أساس يومي باستخدام أداة التقييم السليم، مثل تدابير الاستقلال الوظيفي
2. تحديد السبب المحدد لكل عجز (على سبيل المثال، مشاكل بصرية، وضعف، ضعف الادراك)
3. النظر في حاجة المريض إلى الأجهزة المساعدة.
4. التعرف على اختيار المواد الغذائية والعناية الشخصية، وغيرها من الأشياء.
5. التحقق من الحاجة إلى الرعاية الصحية المنزلية.

التداخلات التمريضية (nursing intervention)

1. توجيه المريض في تحمل جزء من الاعتماد على الذات
2. تقديم التعزيز الإيجابي لجميع الأنشطة التي يحاول ويقوم بها المسن.
3. الإشراف على كل نشاط حتى يظهر المسن المهارة على نحو فعال ويتم تأمينه في الرعاية المستقلة؛ إعادة التقييم بانتظام للتأكد من أن المسن قادر على الحفاظ على مستوى المهارة ومع بقاءه آمنا في بيئته.
4. تأمين التدابير اللازمة لتعزيز الاستقلال لدى المسن، والتدخل عندما لا يستطيع ذلك.
5. تعزيز أقصى قدر من الاستقلال لدى المسن.
6. تطبيق الأنشطة الروتينية العادية، والسماح للمسن بالوقت الكافي لإتمامها.
7. تثقيف الأسرة وغيرها من الآخرين لتعزيز الاستقلال الذاتي للمسن والتدخل إذا كان متعبا، أو غير قادر على القيام بالأنشطة.
8. إبلاغ أفراد الأسرة للسماح للمسن بتنفيذ تدابير الرعاية الذاتية قدر الإمكان.
9. تعزيز الاستقلال، ولكن التدخل عندما يكون المسن غير قادر على تنفيذ أنشطة الرعاية الذاتية.
10. استخدام تقنيات الحفاظ على الطاقة.

الجلسة العملية العاشرة

Attitudes Toward Aging

السلوك اتجاه الشيخوخة

Out lines: • Introduction • Definition of attitude • Attitude of the elder • Attitude of the children • Attitude of the nurse • Components of attitude • Factors affecting attitude toward elder • Negative attitude toward elders • Consequences of ageism • Role of the nurse to combat ageism	**الفهرس** • مقدمة • تعريف السلوك • سلوك كبير السن • سلوك الأطفال • سلوك الممرضة • مكونات السلوك • العوامل المؤثرة بالسلوك تجاه كبار السن • السلوك السلبي تجاه كبار السن • نتائج التقدم بالسن • دور الممرضة في مواجهة الشيخوخة

Introduction Attitudes toward aging are influenced by expected life span, economic conditions, social expectations, media, arts, and literature of the time. Ageist attitudes may be excessively positive or negative, depending on one's tendency to stereotype individuals based on their age.	**مقدمة** يتأثر السلوك اتجاه الشيخوخة بتوقع امتداد الحياة والظروف الاقتصادية و التوقعات الاجتماعية والاعلام والفنون وأدبيات الوقت. ويمكن للسلوك أن يكون إيجابياً بشكل مفرط أو سلبياً بشكل مفرط، وذلك وفقاً للنماذج الجاهزة الفردية المتعلقة بالسن

Positive attitude Negative attitude **Definition:** Attitude is a complex mental state involving beliefs, feelings, values and dispositions to act in certain ways. **Or**, a way of looking at life; a way of thinking, feeling or behaving. **Attitudes of elders:** Attitudes of the aged toward other elders are often more rejecting than those of younger persons.	**السلوك الإيجابي والسلوك السلبي** **تعريف :** السلوك هو حالة ذهنية مركبة تنطوي على المعتقدات والمشاعر والقيم والتصرفات بطريقة ما. لكنه طريقة في رؤية الحياة وطريقة في التفكير والمشاعر والتصرف. **سلوك كبار السن :** إن سلوك كبار السن تجاه نظرائهم ينطوي على كثير من الرفض، أكثر من سلوك من هم أكثر شباباً تجاه كبار السن.

Attitudes of Children Children are able to interact with old persons and feel comfortable with them in direct proportion to their frequency of contact. Those who see elders frequently are more aware of the reality of aging persons. Closeness with grandparent is highly correlated with attitudes young people hold toward older persons.	**سلوك الأطفال** يمكن للأطفال التفاعل مع كبار السن والشعور بالراحة بصحبتهم كلما ازداد تعاملهم معهم. يدرك الأطفال الذين يتعاملون كثيراً مع كبار السن حقيقة هؤلاء الأشخاص. إن التقرّب من الأجداد يتعلق بشكل وثيق بسلوك اليافعين نحو كبار السن

Attitudes of Nurses Few students or professional set out early on to be gerontology specialists. They enter the field most often by accident, by job opportunity, or through a revered mentor. Often, in nursing, an early experience of a student caring for a physically debilitated or dependent elder was the impression that fostered an interest in the field.	**سلوك الممرضة** يتوجه بعض الطلاب أو أصحاب المهنة للتخصص في علم الشيخوخة باكراً، فيدخلون هذا الحقل بشكل عرضي أو لاغتنام فرصة عمل أو من خلال مدرس محترم. غالبا، في التمريض، التجربة المبكرة للطالب في العناية بمسن يحتاج للرعاية وعاجز هي التي تقرر رغبة هذا الطالب فيما بعد واهتمامه في هذا المجال

Components of Attitudes • Affective component: it consists of the kind of feeling about an object. • Cognitive component: it consists of a set of beliefs about an object. • Behavioral component: it consists of an intention to act in particular way with respect to a particular object.	**مكونات السلوك** • مكون عاطفي : ويقوم على نوع العاطفة تجاه شخص ما • مكون معرفي : ويقوم على مجموعة من المعتقدات بشأن شخص ما • مكون ذهني : ويقوم على النية بالتصرف بطريقة معينة لاحترام شخص ما.

Factors affecting the attitudes toward the elders • Social and cultural background • Sex • Level of education • Area of practice	**عوامل تؤثر على السلوك تجاه كبار السن** • الخلفية الاجتماعية والثقافية • الجنس • مستوى التحصيل العلمي • حقل الممارسة • الاهتمام بالعمل مع كبار السن

• Interest in working with the elders • Years of experience • Type of care facility • Exposure to positive role model of aging • Characteristics of the residents such as functional and sensory deficits • Myths (perpetuating false information, negative images about elders). • Influence of mass media	• سنوات الخبرة • نوع التسهيلات المقدمة للعناية • التعامل مع نموذج إيجابي من كبار السن • خصائص النزلاء مثل عجز وظيفي أو حسي • القصص (الاستمرار بسرد معلومات خاطئة، صور سلبية عم كبار السن) • تأثير وسائل الإعلام

Negative attitudes towards the elders • **Ageism**: Old age is viewed negatively, thus elders are considered a subject of jokes. • Ageism has negative consequences not only on elders, but on individuals, families, groups and community levels	**السلوكيات السلبية تجاه كبار السن** • ينظر إلى الشيخوخة على أنها سلبية، ويعتبر كبار السن موضع سخرية. • للشيخوخة نتائج سلبية ليس فقط على كبار السن، وإنما أيضاً على الأفراد والعائلات والجماعات والمجتمعات.

Consequences of Ageism • Not valuing the opinions, contributions and ideas of the elders. • Treating the elders with disrespect. • Physical care, verbal and nonverbal behaviors exhibited toward them are colored by the beliefs held about them. • Ageism can lower or destroy the self-esteem of elders. • Limit the degree to which elder's problems are worked up and managed by health professionals. • The elders become dependent and unacceptable • Lead to a variety of abusive behaviors about elders.	**نتائج الشيخوخة** • عدم تقدير آراء المسن ومساهماته وأفكاره. • معاملة المسنين بقلة احترام. • تغلف العناية الجسدية والتصرفات اللغوية وغير اللغوية بحقهم بالمعتقدات التي تحيط بهم. • يمكن للشيخوخة أن تجعل المسن يفقد احترامه لذاته أو أن يقلل منه. • يمكن للشيخوخة أن تحدّ من اهتمام الطاقم الطبي بمشكلات المسنين وشؤونهم. • يمكن للمسنين أن يصبحوا عاجزين أو غير مقبولين من محيطهم. • القيام بمجموعة من الإجراءات التعسفية بحق المسنين.

Role of the nurse to combat ageism • Identify and eliminate personal attitudes of ageism by understanding the realities of aging	**دورة الممرضة في مواجهة الشيخوخة** • اكتشاف والتخلص من السلوكيات الشخصية المرتبطة بالشيخوخة وذلك بفهم واقع الشيخوخة وبالتعرف على الأفكار الخاطئة

and identifying common misconceptions through contact with individuals, families and community. • Help in disseminating accurate information about the needs and characteristics of the aging populations through mass media. • Nurses who work with elders should act as role models for staff and advocate for the rights of elders. • Providing advice and educating the elders and family about aging process and disabilities associated with aging. • Nurses can refer others to agencies that can provide accurate and current information on aging. • Informing the family about the importance of involving them in every aspect of their life as this will provide support, show respect and loving. • Educating the staff about common changes associated with aging, misconceptions and realities of aging	الأكثر شيوعاً عند التعامل مع الأشخاص والعائلات والمجتمع. • المساهمة عبر الإعلام بنشر معلومات دقيقة حول حول حاجات المسنين وخصائصهم. • على الممرضات الذين يتعاملون مع المسنين أن يكنّ مثالاً للطاقم الطبي وأن يدافعن عن حقوق المسنين. • تقديم النصائح وتعريف المسنين والعائلات على مراحل الشيخوخة والعجز الذي يترافق معها. • يمكن للممرضات توجيه الآخرين إلى المؤسسات التي تقدم معلومات دقيقة ومحدّثة حول الشيخوخة. • إخطار العائلة بأهمية إشراك المسن في كل مناحي الحياة لأن هذا سيقدم له الدعم والاحترام والحب. • تعليم الطاقم الطبي على التغيرات المشتركة الناتجة عن الشيخوخة وكذلك على الأفكار الخاطئة وحقائق الشيخوخة.

الجلسة العملية الحادية عشرة

Elderly Abuse

إساءة معاملة المسن

Outline: ● Introduction ● Definition of elder abuse ● Incidence of elder abuse ● Types of elder abuse ● Risk factors for elder abuse ● Preventing of elder abuse ● Health education to prevent elder abuse	**الفهرس** ● مقدمة ● تعريف إساءة معاملة المسن ● حوادث إساءة معاملة المسن ● أنواع إساءة عاملة المسن ● عوامل خطر إساءة معاملة المسن ● الوقاية من إساءة معاملة المسن ● التربية الصحية للوقاية من إساءة معاملة المسن
Introduction Abuse and neglect of the elderly tends to regarded as relatively recent phenomena. Elder abuse is alarming social problem, it is a difficult, complex and sensitive area. It involve interpersonal relationships and difficulties in relationships which may have lasted for years	**مقدمة** يعتبر إساءة معاملة المسن وإهماله ظواهر حديثة نسبياً، ويدق ناقوس الخطر كونه مشكلة اجتماعية، وهو مجال صعب ومعقد وحساس، فهو يربك العلاقات بين الأشخاص ويسبب المصاعب لعلاقات قد تكون استمرت لسنين.
Definition of elderly abuse Elderly abuse was defined as an act or omission which results in harm or threatened harm to the health or welfare of an elderly person.	**تعريف إساءة معاملة المسن** تم تعريف إساءة معاملة المسن كفعل أو إهمال يسبب أذية أو يهدد بإلحاق الضرر بصحة أو راحة المسن.
Incidence of elderly abuse Abuse in institutional settings is difficult to measure, yet is thought to exceed that in community settings. In the USA,10% of nursing staff in institutional settings admitted committing physical and 40% psychological abuse against residents .	**حوادث إساءة معاملة المسن** يصعب قياس ا إساءة المعاملة الذي يمارس على المسن في منشآت الرعاية، لكننا نعتقد أنه يفوق العنف الذي يحدث في المجتمع. في الولايات المتحدة الأمريكية اعترف 10 % من العاملين في حقل التمريض أنهم ارتكبوا عنفاً جسدياً و 40 % عنفاً نفسياً ضد المقيمين.
Types of elder abuse ○ Physical abuse ○ Sexual abuse ○ Neglect (intentional or unintentional) ○ Emotional or Psychological abuse ○ Material abuse ○ Financial exploitation. ○ Domestic abuse ○ Self-neglect	أنواع إساءة معاملة المسن ○ إساءة معاملة جسدي ○ إساءة معاملة جنسي ○ اهمال (متعمد وغير متعمد) ○ إساءة معاملة عاطفي أو نفسي ○ إساءة معاملة مادي ○ استغلال مالي ○ إساءة معاملة منزلي ○ اهمال ذاتي

Physical abuse Physical abuse means at least one act of physical violence against the elderly	**إساءة المعاملة الجسدية** إساءة المعاملة الجسدية يعني على الأقل فعل عنف جسدي ضد المسن
Forms of physical abuse ○ Direct beatings ○ Hitting ○ Slapping ○ Cutting ○ Burning ○ shaking ○ Physical coercion ○ Unreasonable physical restraints ○ Maltreatment of medical conditions ○ Sexual assault ○ Prolonged deprivation of food or water.	**أشكال إساءة المعاملة الجسدية** ○ عقوبات مباشرة ○ الضرب ○ الصفع ○ القطع ○ الحرق ○ الإساءة ○ الإجبار الجسدي ○ الإلزام الجسدي اللا عقلاني ○ معاملة سيئة للظروف الصحية ○ اعتداءات جنسية ○ حرمان طويل من الطعام والماء
Sings of physical abuse ○ Include bruises ○ Broken bones, sprains, or dislocations ○ Report of drug overdose or apparent failure to take medication regularly ○ Broken eyeglasses or frames ○ Signs of being restrained, such as rope marks on wrists ○ Caregiver's refusal to allow you to see the elder alone	**تجليات إساءة المعاملة الجسدية** ○ جروح ○ كسر عظم، التواءات، أو إصابات ○ تقرير عن جرعات زائدة من العقاقير أو خطأ مشابه لتناول دواء بشكل منتظم ○ كسر نظارات ○ مؤشرات حجز، مثل آثار حبل حول المعصم ○ منع الزائر أن ينفرد بالمسن
Sexual abuse Sexual abuse is unwanted sexual contact with an elder including touching, sexual assault, and rape. **Signs of sexual abuse** ○ Signs Bruises around breasts or genitals ○ Unexplained venereal disease or genital infections ○ Unexplained vaginal or anal bleeding ○ Torn, stained, or bloody underclothing	**إساءة المعاملة الجنسية** هو تواصل جنسي غير مرغوب به مع مسن متضمناً الملامسة والاعتداء الجنسي والإغتصاب. **تجليات إساءة المعاملة الجنسية** ○ علامات ضربات حول الثديين أو الأعضاء التناسلية ○ أمراض زهرية أو التهابات تناسلية ○ مزيف مهبلي أو شرجي غير مفسّر ○ ثياب داخلية ممزقة أو ملوثة أو ملطخة بالدم
Neglect The failure of a designated caregiver to meet the needs of an elderly person, and withholding of physical, material, or emotional necessities of physical and mental health, whether intentionally or	**الإهمال** عدم مقدرة المعالج على تلبية احتياجات الشخص المسن، والاحتفاظ بضرورات جسدية ومادية أوعاطفية للصحة الجسدية والذهنية بصورة متعمدة أو غير متعمدة. هذا يتضمن التقصير في تقديم المعونة الصحية

unintentionally. This includes failure to assist in personal hygiene or the provision of clothing for an elder, failure to provide medical care for the physical and mental health needs of an elder, and failure to protect an elder from health and safety hazards.	الشخصية أو الثياب للشخص المسن، والتقصير برعايته الطبية فيما يتعلق بحاجاته الجسدية والذهنية، وعدم المقدرة على حمايته من الأخطار الصحية والأمنية.
Signs of neglect ○ Malnutrition, dehydration ○ Lack of personal care ○ Inadequate heating ○ Unclean clothes or bedding ○ Lack of needed medications, eye glasses, hearing aids, or dentures ○ Contractures, decubitus ulcers, wasting and muscle atrophy	**تجليات الإهمال** ○ سوء التغذية، جفاف ○ نقص في العناية الشخصية ○ تدفئة ضعيفة ○ ثياب أو أغطية السرير متسخة ○ نقص في الأدوية، في النظارات، في السماعات، في التعويضات السنية ○ تشنجات، قرحة معدية، ضمور عضلي
Psychological abuse or emotional abuse ○ Psychological abuse is more difficult to define and operationalize. ○ Usually defined as an act carried out with the intention of causing emotional pain or distress. ○ Psychological abuse often accompanies physical abuse. Emotional abusers can use verbal and non verbal to inflict elder damage.	**إساءة معاملة نفسي أو عاطفي** ○ من الصعب تعريف إساءة معاملة النفسي وتفعيله ○ يعرف عادة على أنه فعل يتم بنيّة التسبب بألم أو بضيق عاطفي ○ يرافق إساءة المعاملة الجسدية غالبا إساءة معاملة نفسياً، فالمعتدي النفسي يلجأ لأدوات لغوية وغير لغوية لإلحاق الأذى بالشخص المسن.
Verbal forms of emotional elder abuse ○ Intimidation through yelling or threats ○ Name –calling ○ Harsh orders ○ Humiliation and ridicule ○ Habitual blaming or scapegoat **Nonverbal psychological elder abuse can take the form of:-** ○ Ignoring the elderly person ○ Isolating an elder from friends or activities ○ Terrorizing or menacing the elderly person ○ Forbid visitors and isolate form sympathetic friend	**الأشكال اللغوية لإساءة المعاملة النفسية ضد المسن** التعنيف عبر الصراخ أو التهديد استخدام اسم ما لمناداته أوامر قاسية إذلال وسخرية لوم معتاد وكبش الفداء **الأشكال غير اللغوية لإساءة المعاملة النفسية ضد المسن** ○ تجاهل الشخص المسن ○ عزل المسن عن أصدقائه أو عن النشاطات ○ إرهاب المسن وتهديده ○ منع الزوار من لقائه وخاصة كل زائر لطيف
Signs of psychological abuse ○ Anxiety (mild to severe) . ○ Depression, hopelessness,	**تجليات إساءة المعاملة النفسية** ○ القلق ○ الانهيار العصبي، اليأس، العجز والتفكير

helplessness, thoughts of suicide ○ Confusion, disorientation ○ Trembling, lack of eye contact ○ Agitation	بالانتحار ○ الارتباك ○ الاضطراب وفقدان التواصل البصري ○ التوتر
Financial or material abuse Any theft or misuse of an elderly money or property by a person in a position of trust with an elder constitutes financial abuse. Material abuse involves the misappropriation or misuse of funds or possessions. **Forms of financial abuse :-** ○ Misuse an elder's personal checks, credit cards, or accounts ○ Steal cash, income checks, or household goods ○ Forge the elder's signature	**إساءة المعاملة المادي أو المالي** هو كل سرقة أو استعمال تعسفي لأموال الشخص المسن من قبل شخص في محل ثقة. إساءة المعاملة المادية يعني اختطاف أو إساءة استعمال أموال أو ممتلكات المسن. **أشكال إساءة المعاملة المالية** ○ استعمال سيء لشيكات أو بطاقات ائتمان أو حسابات المسن. ○ سرقة المال أو شيكات أو ممتلكات منزلية ○ تزوير توقيع المسن
Domestic abuse Refer to forms of maltreatment by someone who has a special relationship with the elder such as family member or caregiver .	**إساءة المعاملة المنزلية** هو عنف يرتكبه شخص ذو علاقة خاصة مع المسن، مثل احد أفراد عائلته أو معالج.
Institutional elder abuse Refers to abuse that occur in residential institutions such as nursing facilities usually by someone who is paid caregiver, such as nursing facility staff member. Residents at the greatest risk for institutional abuse or neglect includes resident with dementia, resident who seldom have visitors.	**إساءة المعاملة المسن في المؤسسات** هو المعاملة السيئة التي تحدث في المؤسسات التي يقيم بها المسنون مثل منشآت الرعاية عبر التمريض، وهو يحدث عادة من قبل شخص موظف مثل أحد أفراد طاقم المؤسسة. والمقيمون الأكثر تعرضاً للعنف أو الإهمال هم المصابون بالخرف، وهم الذين نادراً ما يتلقون زواراً.
Risk factors for elderly abuse **I. factor related to the abused elderly:** ○ The intensity of an elderly person's illness or dementia ○ Social isolation ○ The elder's role, at an earlier time, as an abusive parent or spouse ○ A history of domestic violence in the home ○ Dependency **II. factors related to the abuser:** ○ Inability to cope with stress (lack of resilience) ○ Depression, which is common among caregivers	**عوامل خطر إساءة معاملة المسن** 1. عوامل تتعلق بالمسنين الذين يتعرضون للعنف : ○ درجة خرف المسن أو مرضه ○ العزلة الاجتماعية ○ تاريخ المسن كأحد الوالدين أو أحد الزوجين الذي كان يمارس العنف سابقاً ○ سوابق عنف في منزل المسن ○ عجز 2. عوامل تتعلق بالأشخاص الذين يقومون بالعنف : ○ عجز مواجهة التوتر (نقص في المرونة) ○ انهيار عصبي، معتاد عند مقدمي الرعاية

○ Lack of support from other potential caregivers ○ The caregiver's perception that taking care of the elder is burdensome and without psychological reward ○ Substance abuse	○ نقص في المساعدة ○ عدم استيعاب جيد من قبل مقدم الرعاية لمهمته، وعدم حصوله على المكافئة النفسية ○ عنف مادي
Preventing elder abuse and neglect **Preventing elder abuse means doing three things:** ○ Listening to elderly and their caregivers ○ Intervening when you suspect elder abuse ○ Educating others about how to recognize and report elder abuse	**الوقاية من إساءة معاملة المسن** الوقاية من عنف المسن يعني ثلاثة أشياء : ○ الاستماع للأشخاص المسنين ومساعديهم ○ التدحل عند الاشتباه بالعنف ○ تدريب الآخرين على طريقة التعرف على العنف والإبلاغ عنه
Reporting elder abuse If you are an elder who is being abused, neglected, or exploited, tell at least one person. Tell your doctor, a friend, or a family member whom you trust.	**الإبلاغ عن إساءة معاملة المسن** إذا كنت مسناً ضحية للعنف أو الإهمال أو الاستغلال فاذكر ذلك لشخص واحد على الأقل. تحدث عن ذلك لطبيبك أو لصديق أو لفراد من عائلتك تثق به.
Health education to prevent elder abuse **Instructions to a caregiver:-** If the caregiver overwhelmed by the demands of caring for an elder, instruct (he /she) to do the following**:** ○ Request help, from friends, relatives, or local respite care agencies, so you can take a break, if only for a couple of hours. ○ Find an adult day care program. ○ Stay healthy and get medical care for yourself when necessary. ○ Adopt stress reduction practices. ○ Seek counseling for depression, which can lead to elder abuse. ○ Find a support group for caregivers of the elderly. ○ If caregiver is having a problems with drug or alcohol abuse, get help.	**تعليم صحي للوقاية من إساءة معاملة المسنين** **تعليمات للمساعدين :** إذا كان المعالج مكلفاً بأعباء كثيرة، فاطلب من المسن أن يفعل الآتي : ○ طلب مساعدة أصدقائه أو عائلته أو وكالات عناية محلية، ما يتيح لك أخذ استراحة حتى وإن كانت لعدة ساعات. ○ إيجاد برنامج مناوبة للبالغين ○ حافظ على صحتك واحصل على الرعاية الطبية عند اللزوم. ○ اطلب نصائح لمواجهة الانهيار العصبي الذي يمكن أن يؤدي لعنف المسنين ○ إذا كان المعالج يعاني من مشكلة مخدرات أو كحول فاطلب المساعدة.
Instructions to a concerned friend or family member ○ Watch for warning signs that might indicate elder abuse. If you suspect abuse, report it. ○ Take a look at the elder's	**تعليمات لصديق مهتم أو فرد من عائلة المسن** ○ مراقبة العلامات التي يمكن أن تشير إلى عنف المسن، عند الاشتباه بالعنف، أشر إلى ذلك ○ ألقي نظرة على أدوية المسن لمعرفة إن كان الميلغ المكتوب على الدواء يتوافق

medications. Does the amount in the vial matched with the date of the prescription? ○ Watch for possible financial abuse. ○ Call and visit as often as you can. Help the elder consider you a trusted confidante. ○ Offer to stay with the elder so the caregiver can have a break — on a regular basis, if you can.	مع تاريخ الوصفة ○ راقب الاستغلال المادي المحتمل ○ اتصل وقم بالزيارة كلما استطعت ذلك، واجعل المسن يعتبرك شخصاً موثوقاً. ○ اقترح إن استطعت أن تبقى مع المسن لكي يتمكن المساعد أن يأخذ استراحة
Instructions to the elderly ○ Make sure your financial and legal affairs are in order. If they aren't, enlist professional help to get them in order, with the assistance of a trusted friend or relative if necessary. ○ Keep in touch with family and friends and avoid becoming isolated, which increases your vulnerability to elder abuse. ○ If you are unhappy with the care you're receiving, whether it's in your own home or in a care facility, speak up. Tell someone you trust and ask that person to report the abuse or neglect.	**تعليمات للشخص المسن** تأكد أن شؤونك المالية والقانونية بوضع جيد، وإن لم يكن الأمر كذلك، اطلب مساعدة مختصين لترتيبها، وذلك بمساعدة صديق أو قريب موثوق عند اللزوم. حافظ على تواصلك مع عائلتك وأصدقائك ولا تعزل نفسك، كي لا تجعل نفسك غير محصن من العنف. إن لم تكن راضياً عن الرعاية التي تتلقاها سواء في المنزل أو في دار الرعاية، فلا تسكت عن ذلك واذكر ذلك لشخص تثق به واطلب منه أن يشير إلى ذلك العنف أو الإهمال.

الجلسة العملية الثانية عشرة

خطة الرعاية التمريضية لمريض داء باركنسون

مرض باركنسون، هو اضطراب عصبي حركي متقدم والذي يؤدي في نهاية المطاف إلى الإعاقة. ويحدث بعد سن ال 50 ويزيد في حالات الإصابة مع التقدم في السن. هذا المرض يؤثر على الرجال أكثر من النساء، وهو رابع أكثر الأمراض التنكسية شيوعا.

ويرتبط مرض باركنسون مع انخفاض مستويات الدوبامين الناجمة عن تدمير الخلايا العصبية المصطبغة في المادة السوداء في المنطقة القاعدية. فقدان مخازن الدوبامين في مناطق الدماغ يؤدي إلى جعل الناقلات العصبية مثبطة، مما يؤدي إلى اختلال التوازن الذي يؤثر على الحركة الطوعية.

خطط رعاية التمريض

وتشمل أهداف التمريض للمرضى الذين يعانون من مرض باركنسون تحسين القدرة الحركية ، وتحقيق الحركة الأمثل للأمعاء، الحفاظ على حالة غذائية مقبولة، وتحقيق التواصل الفعال، وتطوير آليات التكيف الإيجابية.

خطة الرعاية التمريضية في حال اضطراب القدرة الحركية

التداخلات التمريضية

1. توجيه المريض نحو تطبيق التقنيات التي تساعد في الحركة.
2. توجيه المريض للخروج من الكرسي عن طريق التحرك إلى حافة المقعد، ووضع اليدين على داعم الذراع، والانحناء إلى الأمام، ثم هزاز إلى وضعية الوقوف دائم.
3. تعليم المريض للتركيز على المشي بشكل منتصب واستخدام مشية واسعة القاعدة.
4. إرشاد المريض لأداء التمارين اليومية التي من شأنها زيادة قوة العضلات: المشي وركوب الدراجة الثابتة والسباحة والبستنة.
5. تعليم المريض للجلوس في كراسي مع ظهور عالية ومساند داعمة للذراع. استخدام مقاعد المرحاض مرتفعة أو الجانبية في الحمام.
6. إرشاد المريض لرفع رأس السرير وتغيير الوضعية ببطء.
7. تعليم المريض لإسناد الساقين بضع دقائق قبل الوقوف. تجنب الجفاف والحفاظ على الملح الغذائي الكافي.
8. توجيه المريض إلى العلاج الفيزيائي
9. توفير الحمامات الدافئة والتدليك.

خطة الرعاية التمريضية بالنسبة التغذية غير المتوازنة: أقل من متطلبات الجسم

التداخلات التمريضية:

1. تقييم قدرة المريض على تناول الطعام. .
2. وزن المريض يوميا، على نفس الميزان والوقت نفسه إذا كان ذلك ممكنا.
3. توفير بيئة غير متعبة خلال وقت الوجبة.
4. رصد الوزن على أساس أسبوعي.

الخطة التمريضية بالنسبة لعدم فعالية التكيف

التداخلات التمريضية

1. توفير الرعاية للمريض باستخدام نفس الأشخاص كلما كان ذلك ممكنا.
2. توفير الوقت لقضائه مع المريض دون انقطاع ، وتشجيعه على التعبير عن المشاعر والمخاوف.
3. مساعدة المريض فقط عند الضرورة.
4. شجع المريض على اتخاذ خيارات بشأن رعايته.
5. مساعدة المريض على تحديد السلوك وقبول المسؤولية عن الأفعال
6. تحديد الصفات الإيجابية للمريض والإنجازات ومساعدة المريض على التعرف على هذه الصفات.
7. تهنئة المريض عندما يستخدم استراتيجيات فعالة للتأقلم.
8. تشجع المريض على الاستفادة من الموارد والخدمات الاجتماعية وأنظمة الدعم والاستشاريين والعائلة والأصدقاء.
9. إرشاد وتعليم المريض / الأسرة استراتيجيات التكيف المناسبة.
10. إرشاد المريض و / أو الأسرة بشأن الحاجة إلى الانخراط ضمن مجموعات الدعم و / أو المشورة.

الخطة التمريضية بالنسبة لضعف التواصل اللفظي

التدخلات التمريضية

1. تقييم قدرة المريض على الكلام، والعجز اللغوي، والإعاقة الإدراكية أو الحسية، وجود فقدان القدرة على الكلام، التلعثم ، فقدان الصوت، خلل، أو تعذر الأداء. وجود الذهان، و / أو اضطرابات عصبية أخرى تؤثر على الكلام.
2. إرشاد المريض إلى بذل جهد واعي للتحدث ببطء، مع توجيه الاهتمام بما يتحدث. تذكير المريض لمواجهة المستمع، والمبالغة في نطق الكلمات، والتحدث في جمل قصيرة، واتخاذ بعض الأنفاس قبل التحدث.

3. مراقبة المريض بالنسبة للتواصل غير اللفظي، مثل تعابير الوجه ، الابتسامة، الالتفات، والبكاء، وهكذا دواليك؛ تشجيع استخدام الكلام عندما يكون ذلك ممكنا.
4. محاولة استباق توقع احتياجات المريض.
5. عند التواصل مع المريض، يجب الحفاظ على اتصال العين، والتحدث ببطء والتعبير بوضوح في لهجة معتدلة أو منخفضة النبرة.
6. إزالة مشتتات الانتباه، وتوفير جو هادئ وغير متعب للتواصل.
7. استخدم أسئلة بسيطة ومباشرة تتطلب إجابات من كلمة واحدة. التكرار وإعادة صياغة الأسئلة إذا حدث سوء الفهم.
8. توفير مكبرات للصوت إلكترونية الصغيرة إذا لزم الأمر.
9. تشجيع المريض للسيطرة على طول ومعدل الجمل، استخدام كلمات تفصيلية، ومقاطع منفصلة، مع التركيز على الحروف الساكنة. مساعدته على تعزيز الكلام في حال وجود التلعثم
10. تجنب حث المريض على الإسراع في الكلام عندما يكافح للتعبير عن المشاعر والأفكار.
11. توجيه المريض فيما يتعلق بالحاجة إلى استخدام النظارات، السمع، أطقم الأسنان. يساعد على تعزيز التواصل مع العجز الحسي أو غيرها من العجز.
12. توجيه المريض لأداء تمارين عضلات الوجه، مثل الابتسام، والعبوس، وإلصاق اللسان ، تحريك اللسان من جانب إلى آخر وصعودا وهبوطا.

أهم التشاخيص التمريضية لمريض مسن

الجلسة العملية الثالثة عشرة

1- عالي الخطورة للإنتان : High risk of infection

2- اضطراب نموذج الحركة (أقل من احتياج الجسم) Impaired physical activity

3- اضطراب التغذية (أقل من حاجة الجسم)

Imbalanced nutrition (less than body requirement)

الجلسة العملية الرابعة عشرة

4- نقص الرعاية الذاتية : self care deficit

5- عدم سلامة الجلد : Impaired skin integrity

6- عدم تحمل النشاط (activity intolerance)

الجلسة العملية الخامسة عشرة:

7- عالي الخطورة للأذية High risk of injury

8- الإمساك Constipation

9- الإسهال diarrhea

10- اضطراب المقدرة اللفظية : Impaired verbal communication

11- اضطراب نموذج النوم Sleep pattern disturbance

الجلسة العملية الثالثة عشرة

1- عالي الخطورة للإنتان : High risk of infection

(اعتبارات خاصة بالمسن)

حيث يرتبط هذا التشخيص بالعديد من العوامل الداخلية (مثل التغيرات في الجهاز المناعي حيث يكون هناك تأخر في الاستجابة تجاه العوامل الممرضة التي تغزو الجسم كذلك تأخير في إطلاق الوسائط المسؤولة عن الاستجابة الموضعية والجهازية إضافة إلى تراجع الآليات الدفاعية الطبيعية مثل ضعف منعكس السعال عدم فعالية حركة الأهداب التنفسية الخ...) والخارجية متمثلة في بيئة المشفى حيث تكثر العوامل الممرضة وخصوصا مع ظروف عدم توفر النظافة .

الأهداف والنتائج (GOALS AND OUTCOMES) :

1- يبقى المسن خالي من أي إنتان بدليل العلامات الحيوية طبيعية وغياب العلامات الدالة على وجود إنتان

2- الاكتشاف المبكر للإنتان يضمن تدبير مثالي

3- يعرف المسن ويطبق تقنية غسيل الأيدي الصحيحة

التقييم التمريضي (NURSING ASSESSMENT)

1- تقييم وجود عوامل الخطورة للإنتان- سلامة الجلد- (انخفاض تعداد كريات الدم البيض)- تقييم الحالة التغذوية للمسن ووزنه –مستوى بروتينات المصل والألبومين- السؤال عن استخدام المسن لأي عقاقير تثبط المناعة – مراجعة لقاحات وتمنيع المسن

2- تقييم علامات حدوث الإنتان (الاحمرار – التورم – الألم- خروج المفرزات والقيح من الجروح او مداخل المفجرات والقثاطر- ارتفاع درجة الحرارة او انخفاضها في بعض الحالات – تقييم لون ورائحة القشع- مظهر ولون البول والبراز

3- تقييم الحالة العقلية للمريض

التداخلات التمريضية (nursing interventions)

1- ضمان إتباع أسس وتقنيات ضبط العدوى في المستشفيات ودور المسنين من مراقبة الجروح والضمادات وتبديلها والحفاظ على تعقيم الأدوات المستخدمة

2- يقوم الممرض بغسيل الأيدي الفعال قبل الإجراءات التمريضية كافة وبعد الانتهاء منها وعند الانتقال من مريض لآخر

3- تشجيع المسن على تناول غذاء متوازن وصحي وغني بالبروتينات

4- تشجيع المسن على تناول من 2000-3000 مل من الماء يوميا ما لم يكن هناك مضاد استطباب

5- تشجيع المسن على ممارسة تمارين التنفس العميق والسعال الفعال

6- تشجيع المسن على العناية بنظافة الفم والأسنان واستخدام فرشاة ناعمة

7- تشجيع المسن على إتباع قواعد النظافة الشخصية وخصوصا في الحمامات

8- تشجيع المسن على ارتداء قناع وجهي (FACIAL MASK) في حال كان مصاب بعدوى الرشح وشرح أهمية ذلك في منع وتقليل انتشار العدوى

9- استخدام المحاليل المطهرة في غرف المرضى الأكثر عرضة للخمج

10- ارتداء القفازات والأقنعة والمراويل المعقمة النبوذة عند الدخول لغرف المرضى عالييي الخطورة للخمج

11- تشجيع المسن على تجنب مخالطة الأشخاص المصابين بعدوى وخصوصا تنفسية

12- في حال الاضطرار لعزل المريض المسن يجب شرح الإجراء والغرض منه للمرضى ولمقدمي الرعاية

13- في حال حدوث العدوى تثقيف المسن على إكمال خطة العلاج وعدم التوقف عن العلاج قبل انتهاء الجرعة المقررة عند تحسن الأعراض

14- تشجيع المسن على أخذ اللقاحات الضرورية التي يصفها أخصائي صحة المسنين وخصوصا لقاح الأنفلونزا البكتيرية والأنفلونزا الموسمية

2- اضطراب نموذج الحركة (أقل من احتياج الجسم) Impaired physical activity

اعتبارات وارتباطات خاصة بالمسن :

يرتبط بعوامل خارجية مثل التغيرات البنيوية في العظام والمفاصل المرافقة للتقدم في السن حيث أن العظام تصبح أكثر هشاشية وأكثر قابلية للكسر نتيجة ضعف نشاط بانيات العظم وتأخر امتصاص الكالسيوم في الجهاز الهضمي إضافة لتغيرات في بنية المفاصل مثل تجفاف السائل المفصلي ..تغير في بنية وشكل الغضاريف (الخشونة) إضافة بينما العوامل الخارجية خارجية تتمثل بتجهيزات غرفة المسن غير المناسبة لاحتياجات المسن من أرضيات مناسبة ومقابض وماسك مناسبة

الأهداف والنتائج (Goals and outcomes)

1- المسن قادر على القيام بالنشاطات اليومية بشكل مستقل

2- يعرف المسن التدابير التي تحسن من مقدرته الحركية

3- يستطيع المسن وصف كيفية استخدام مساعدات الحركة

4- يجيد المسن تدابير السلامة لتجنب السقوط والأذيات المرافقة

5- المسن خالي من مضاعفات عدم الحركة

التقييم التمريضي – Nursing assessment:

1- تقييم مقدرة المسن الحركية (المستوى الأول: المقدرة على المشي – المقدرة على صعود الدرج طابق واحد دون تسرع تنفس – المستوى الثاني : مقدرة المسن على مشي 500 قدم على مستوى واحد أو صعود درج واحد دون توقف – المستوى الثالث – مقدرة المسن على المشي مسافة ل 5- قد ثم يتوقف وعدم مقدرته صعود درج دور واحد دون توقف – المستوى الرابع ضعف المقدرة الحركية الشديد ووجود التعب والزلة التنفسية)
2- تقييم مقدرة المسن على القيام بنشاطات الحياة اليومية (Activity of daily living) : 0- غير معتمد – 1- يستخدم مساعدات حركة – 2- يعتمد على الآخرين – 3- يعتمد على مساعدات الحركة والآخرين على حد سواء – 4- معتمد تماما .
3- تقييم المدى الحركي لجميع المفاصل والمقوية العضلية
4- تقييم الصادر والوارد ونموذج التغذية
5- تقييم مدى حاجة المسن لمساعدات الحركة
6- تقييم وجود ألم أثناء التمارين ووجود تحدد في المفاصل
7- تقييم خواص وأمان البيئة المحيطة بالمسن ومدى موائمتها لاحتياجات المسنين
8- تقييم استجابة المسن ووضعه النفسي أثناء حدوث اعتماد وتحدد حركة
9- تقييم مدى فهم مقدمي الرعاية لاحتياجات المسن غير القادر والمعتمد على الآخرين
10- تقييم العود الوريدي في الأطراف السفلية وعلامات خثار الوريد العميق
11- تقييم التروية النسيجية المحيطية وعلامات الإقفار
12- مراقبة الإطراح عند المريض ووجود الإمساك وعلامات الأسر البولي

التداخلات التمريضية (Nursing interventions)

1- مساعدة المريض في تنفيذ التمارين العضلية المقرر حسب حاجة كل مريض ومقدرته

2- تأمين بيئة آمنة للمسن ووظيفية تناسب احتياجاته بحيث يكون السرير قابل للتعديل ويوجد فيه حواجز جانبية – الأرضيات غير زلقة والإضاءة مناسبة ولا تسبب الانبهار- لا يوجد معيقات من الأثاث والأكبال الكهربائية – يوجد مقابض ومماسك في الحمامات والموزعات –

3- اتخاذ إجراءات لتجنب أذية الجلد ومنع حدوث الركودة الدموية (الحفاظ على جلد جاف ونظيف وترطيب الجلد الجفاف بالفازلين – استخدام الجوارب المطاطية عند الضرورة – تقليل الضغط على أماكن البروزات العظمية عبر تقليب المريض المثبت – استخدام المراتب الهوائية والمائية –

4- تنفيذ تمارين المدى الحركي للمسن الفاعلة والمنفعلة حسب الحاجة

5- تشجيع المسن على الحركة المبكرة بعد الحالات الطبية مثل السكتة الدماغية

6- تقييم مقدرة وتعليم المسن استخدام مساعدات الحركة مثل العكازات والمشايات والكرسي بالعجلات

7- عدم استعجال المسن على تنفيذ التمارين أو القيام بنشاطات رعايته الذاتية وتشجيعه على القيام بتأمين حاجاته الشخصية بمفرده والتعامل مع تحدد الحركة بصبر

8- إعطاء المريض فترات استراحة وتعليمه تقنيات الحفاظ على الطاقة أثناء تنفيذ التمارين أو مهام العناية اليومية .

3- اضطراب التغذية (أقل من حاجة الجسم) Imbalanced nutrition (less than body requirement)

اعتبارات وارتباطات خاصة بالمسنين :

ويرتبط بعوامل داخلية مثل التغيرات المرافقة للتقدم بالسن على الجهاز الهضمي في العمليات كافة ابتداء من تراجع القدرة على المضغ وغياب الأسنان وقلة إفراز اللعاب وانتهاء بالهضم والامتصاص وتباطؤ الاستقلاب وعوامل خارجية تتمثل بقلة دخل المسن بعد التقاعد حيث يلجأ للطعام المعلب رخيص الثمن ويقل وارد البروتين الضروري للجسم ولعملياته كافة

الأهداف والنتائج (Goals and outcomes)

1- يعرف المسن أهمية التغذية الكافية والمتوازنة في الحفاظ على الجسم ومنع الأمراض والشفاء منها

2- يعرف المسن ومقدم الرعاية نوعية الغذاء المناسبة والتي تحد من انخفاض الوزن

3- يشرح المسن السلوكيات المناسبة للحفاظ على الوزن

4- يتناول المسن غذاء كافي يحافظ على الوزن والكتلة العضلية ومناسب لحجات الاستقلاب

5- لا يظهر على المسن اي علامة من علامات سوء التغذية

6- يتناول المسن كمية كافية من السعرات الحرارية وبقية العناصر الغذائية

7- يبدي المسن النحيل اكتساب وزن ليصل الى الوزن الطبيعي

8- انحراف وزن المسن عن الوزن المثالي لا يتعدى ال10%

التقييم التمريضي Nursing assessment:

1- تسجيل وزن المسن

2- اسأل المسن عن التاريخ والعادات الغذائية ويمكن الاستعانة بمقدمي الرعاية أو المرافقين

3- تقييم وجود مسببات لقلة الوارد الغذائي مثل مشاكل الفم والأسنان

4- مراجعة التحاليل المخبرية

5- مراقبة العلامات الفيزيولوجية لقلة الوارد الغذائي

6- تقييم البيئة المحيطة حيث يتناول المسن غذاؤه (مستوى النظافة – وجود روائح أو قاذورات أو مناظر غير محببة)

7- معرفة الطعام المفضل للمريض ونوعية الطعام الذي يتناوله

8- إذا كان المسن نباتيا يجب تقييم تناوله لفيتامين ب12 وللحديد

التدخلات التمريضية Nursing interventions:

1- تقييم وزن المسن ومدى مناسبته لعمره ولطوله

2- تأمين بيئة نظيفة ومناسبة لاحتياجات المسن الغذائية

3- تأمين وضعية مريحة للمسن أثناء تناول الطعام مثل الترابيزات القابلة للتعديل أو المناسبة لأسرة المشفى

4- العناية بالفم والأسنان

5- إذا كان المسن يعاني من تحددات حركية ونقص مقدرة يقوم الممرض بمساعدته على فتح العلب وتجهيز وتقطيع الطعام وتحضيره

6- تشجيع المسنين على تناول الطعام بشكل جماعي

7- توزيع طعام المسنين على ست وجبات صغيرة بدلا من ثلاث وجبات كبيرة

8- للمسنين الذين يعانون من مشاكل في عملية البلع يجب استشارة أخصائي ووضع المسن على برامج محددة

9- تقييم المسن لمعرفة متى يكون لديه ذروة الشهية لتقديم الوجبة التي تحتوي على أعلى نسبة من السعرات الحرارية

10 - في حال المسن في المستشفيات تشجيع أفراد العائلة على إحضار الطعام (الذي يفضله المسن) من المنزل بعد استشارة أخصائي التغذية

11- وضع الإضافات الغذائية مع الوجبات (مضغوطات البروتين والفيتامينات والمعادن) وفق الحاجة

12- توفير المشروبات الغنية بالطاقة في حال صعوبات البلع والمضغ

13- عدم تشجيع المسن على تناول المشروبات الكافيين والغازية

14- تشجيع التمارين

15- تقييم الحاجة للتغذية عبر الأنبوب الأنفي المعدي أو التغذية الوريدية بواسطة أخصائي التغذية وتعاون الفريق الصحي

16- في حالة المسنين في المنازل معرفة حالتهم المادية والمواصلات وطرق حصولهم على الطعام ومساعدتهم في التخطيط للحصول على الغذاء

17- تشجيع المسن على المشاركة الدائمة مع أفراد الأسرة في تأمين وإعداد وتناول الطعام .

الجلسة العملية الرابعة عشرة

4- نقص الرعاية الذاتية : self care deficit

ارتباطات واعتبارات خاصة بالمسنين :

ويرتبط بعوامل داخلية مثل تراجع المقدرة الحركية المرافق للتقدم بالسن إضافة للأمراض المزمنة وتراجع المقدرة العقلية والإدراكية وعوامل خارجية مثل عدم الإنصات للمسن وإشراكه في قرارات تتعلق برعايته الشخصية يضاف إلى ذلك خسارة المسن لمن حوله والعامل الاقتصادي والعائلات الصغيرة وتغيير مكان إقامة المسن إلى الدور و الملاجيء .

الأهداف والنتائج (Goals and outcomes)

1-يعبر المسن عن قدرته على تلبية احتياجات الرعاية الذاتية

2- يعبر المسن عن تغيير نمط الحياة لتحقيق متطلبات الرعاية الذاتية

3-يستطيع المسن تمييز أماكن الضعف والحاجات

التقييم التمريضي Nursing Assessment:

1- تقييم مقدرة المسن على تلبية احتياجاته اليومية ADLs باستخدام أدوات تقييم مناسبة

2- تقييم حاجة المسن لاستخدام الوسائل المساعدة على الحركة

3- مراعاة اختيار وتفضيل المريض في اختيار طعامه وطبيعة الاحتياجات الذاتية

4- تقييم مقدرة المريض على البلع والكلام

5- تقييم احتياج المريض المسن للرعاية المنزلية بعد تخريجه في المستشفى

6- مراقبة أي سلوك أو تصرفات تدل على اضطراب في الإدراك والتفكير

التداخلات التمريضية Nursing interventions:

1- وضع أهداف قصيرة المدى بالمشاركة مع المريض

2- توجيه ومساعدة المريض لتقبل درجة العجز والاعتماد على الآخرين

3- تقديم تشجيع ايجابي لكل نشاط يقوم به المريض

4- الإشراف على كل نشاط يقوم به المريض حتى يصبح قادرا على تنفيذه

5- تشجيع المريض للوصول إلى أعلى مستوى من الاستقلالية

6- وضع جدول منتظم للنشاطات اليومية ووضع جدول إطعام المريض

7- مساعدة المريض على إطعام نفسه بنفسه والمشاركة في إعداد الطعام

8- تقييم وضع الأسنان الصناعية في حال وجودها وتقييم بصر المريض ووضع النظارات

9- تقديم للمريض كافة الوسائل التي تساعده على الاستقلالية في الطعام

في حال كان المريض يعاني من ضعف بالبصر تهيئة بيئة مناسبة وتوجيهه للمشاركة في تلبية احتياجاته دون أن يشعر بالحرج

ارتداء ملابس المسن المريض

10- تأمين الخصوصية اللازمة للمريض

11- تأمين المساعدات اللازمة لارتداء المسن لملابسه ويتم تقييم قدرته من قبل الممرضة المختصة

12 تشجيع المسن وتقديم المساعدة عند الضرورة

13- تأمين كرسي بعجلات عند الضرورة

14- ارتداء ملابس تزيد عن قياس المسن بنمرة واحدة للسهولة

التنقل والمشي

15- مساعدة المسن مع مقدم الرعاية ودعمه للتنقل

16- مساعدة المسن على المشي ودعمه من الجهة التي يوجد بها ضعف

المهارات الأخرى :

17- توفير أدوات أو أنواع وسائل اتصال تلبي احتياجات المسن

18- عند رغبة المسن بالكتابة يجب تشجيعه ومساعدته في حال وجود ضعف البصر بتوفير التجهيزات المناسبة

19- الدخول للحمام
تأمين الخصوصي للمريض – استخدام القصرية أو المبولة عند الضرورة – استخدام الملينات والحقن الشرجية عند الضرورة – تأمين ضوء لطلب المساعدة من الممرض المختص

5- عدم سلامة الجلد : Impaired skin integrity

ويرتبط بتغيرات طبيعية في الجلد حيث أن الجلد عند المسنين أكثر هشاشة نتيجة فقدانه لطبقة النسيج الضام والوسادة الشحمية إضافة لقلة الإماهة وهناك عوامل خارجية مرافقة مثل البلل عند مرضى السلس أو قلة الحركة عند المرضى المدنفين وفاقدي القدرة على الحركة

الأهداف والنتائج (Goals and outcomes)

1- لا يوجد أي أذية أو ألم في الجلد

2- يعرف المريض ولديه المقدرة على شرح خطوات الرعاية للحفاظ على سلامة الجلد

3- يعرف المسن خطوات علاج القرح والجروح وتجنب حدوث أذيات إضافية

4- عند تقييم الجروح والقروح تبدي علامات الشفاء ونمو النسيج الحبيبي

التقييم التمريضي Nursing assessment

1- تقييم سبب حدوث القروح والجروح

2- تقييم الناحية المصابة ووضع الجرح

3- تقييم مواصفات الجرح (الحجم – العمق – اللون – المفرزات – الحواف – النتحة الالتهابية وجود نزف ...)

4- مراقبة العلامات الجهازية لإنتان الجروح مثل ارتفاع الحرارة

5- تقييم مستوى التوتر لدى المريض

6- تقييم الحالة التغذوية للمريض

1- مراقبة وتقييم الأماكن عالية الخطورة للقرح (أماكن البروزات العظمية)

التداخلات التمريضية Nursing interventions:

1. مراقبة مكان الأنسجة المتأذية مرة واحدة على الأقل يوميا لملاحظة التغيرات التالية: اللون، الاحمرار، التورم، الحرارة، الألم، أو غيرها من علامات العدوى.
:

2. مراقبة حالة الجلد حول الجرح. مراقبة ممارسات العناية بالبشرة للمريض، ملاحظة نوع الصابون المستخدم أو عوامل التطهير الأخرى المستخدمة، ودرجة حرارة الماء، ووتيرة تطهير الجلد.
3. العناية بالأنسجة حسب الحاجة.
4. الحفاظ على تقنية خلع الملابس العقيمة أثناء العناية بالجروح.
5. ترطيب الضمادات جيدا بمحلول ملحي عقيم قبل الإزالة.
6. مراقبة حالة المريض وتقليل تعرض الجلد المتأذي للرطوبة والأماكن الأخرى من سلس البول، والعرق، أو نز الجرح.
7. إذا كان المريض يعاني السلس، تنفيذ خطة إدارة سلس البول.
8. تقديم المضادات الحيوية حسب الإرشادات.
9. تعليم المريض تجنب الفرك والخدش. استخدام القفازات أو قص الأظافر إذا لزم الأمر.
10. تشجيع إتباع نظام غذائي يلبي الاحتياجات الغذائية.
11. مراقبة التوضع السليم للأنابيب والقسطرة، وغيرها من الأجهزة. تقييم الجلد والأنسجة المتضررة من الشريط الذي يوضع على هذه الأجهزة.
12. تحقق كل 2 ساعة من الوضع المناسب للوحات القدم، القيود، والجر، أو غيرها من الأجهزة، وتقييم سلامة الجلد والأنسجة.
13. بالنسبة للمرضى ذوي القدرة المحدودة على الحركة، يتم استخدم أداة لتقييم المخاطر لتقييم عوامل الخطر المرتبطة بدم الحركة بشكل منهجي.
14. لا تضع المريض في الموقع المتأذي من الأنسجة. ويتم تقليب المريض على الأقل كل 2 ساعة
15. الحفاظ على رأس السرير في أدنى درجة من الارتفاع ممكنة.
16. تثقيف المريض حول التغذية السليمة، والترطيب، وطرق الحفاظ على سلامة الأنسجة.
17. تعليم المريض تقييم الجلد والجرح وطرق لرصد علامات وأعراض العدوى، والمضاعفات، والشفاء.
18. إرشاد المريض، وأشخاص آخرين مهمين، والأسرة إلى الرعاية المناسبة للجرح بما في ذلك غسل اليدين، وتطهير الجرح، وتغييرات الملابس، وتطبيق الأدوية الموضعية).

6- عدم تحمل النشاط (activity intolerance)

ويرتبط بمتلازمة الضعف العام التالية لتغيرات داخلية تتعلق بفقدان الكتلة العضلية وتراجع في مدى الحركة للمفاصل وعوامل أخرى خارجية مثل الأمراض المزمنة والآثار الجانبية لعلاجاتها والبيئة غير المحفزة وغياب الدافع الخ...

الأهداف والنتائج Goals and outcomes

1- يبدي المسن تحمل عند ممارسة النشاط بدليل عدم وجود تعب وبقاء العلامات الحيوية ضمن الطبيعي

2- يعرف المسن العوامل التي تزيد من عدم تحمله للنشاط

3- يعبر المسن عن قدرته على توزيع طاقته لانجاز مهامه اليومية

4- يحدد المسن طرق لتقليل عدم تحمل النشاط

5- يكون ضغط الدم طبيعيا خلال ثلاث دقائق من ممارسة الرياضة

التقييم التمريضي nursing assessment :

1 -تقييم الفعالية البدنية للمريض ومقدرته على تلبية حاجاته (والمتغيرات اليفزيولوجية المرافقة للنشاط : النبض – الضغط – تسرع التنفس – الزلة الخ...)

2- معرفة إدراك المسن حول حالته

3- تقييم الحالة الغذائية للمسن المريض .

4- تقييم نموذج النوم لدى المسن

5- معرفة روتين المريض المسن وكذلك مراقبة أخذ الأدوية دون وصفة طبية (Over the counter)

6- تقييم الحاجة للمساعدات على المشي

7- تقييم الاستجابة النفسية والعاطفية في حال وجود عجز أو تحدد حركية

التداخلات التمريضية : Nursing interventions

1- وضع خطة أو برنامج لتطوير مقدرة المريض الحركية (patient centered nursing care process) حيث يشارك المريض في جميع المراحل وفق قدراته وتفضيله

2- تقييم حاجة المريض للمساعدات الإضافية

3- الطلب من المريض تنفيذ النشاط البدني ببطيء وزيادة فعاليتها بالتدريج وجدولة أوقات راحة بين النشاطات

4- البدء بمساعدة المريض على النشاطات التي تلبي احتياجاته اليومية لتقليل اعتماده على الآخرين

5- في حال المريض في السرير يطلب منه وتتم مساعدته في البدء على الجلوس ومحاولة إنزال أطرافه السفلية عن السرير لمدة 10-15 دقيقة ثم يتم تحريكه تدريجيا

6- تزويد المريض بمبولة أو زحافة

7- تشجيع النشاطات البدنية التي تتناسب فقط مع مستوى طاقة المسن وتجنب الإجهاد

8- جدولة النشاطات في الأوقات التي يكون فيها المسن في أعلى درجات إحساسه بالقدرة والطاقة

9- تشجيع المسن على التعبير عن مشاعره وتقديم الدعم النفسي والعاطفي

10- التقدم في النشاطات بشكل تدريجي ومستمر حيث يتم البدء بتمارين مدى الحركة بالفراش – مع تمارين التنفس العميق- ثم يتم الانتقال لتنفيذ هذه التمارين في وضعيات الجلوس ثم الوقوف ثم مساعدة المريض على الجلوس ل15-30 دقيقة ثم مساعدته على النهوض والمشي بشكل تدريجي .

11تعديل بيئة المسن لتناسب احتياجاته لتتناسب مع الضعف الموجود لديه

الجلسة العملية الخامسة عشرة

7- عالي الخطورة للأذية High risk of injury

ويرتبط بالعديد من العوامل الداخلية مثل الضعف العضلي – آلام المفاصل وقلة مرونة العضلات وكذلك شيخوخة أعضاء الحس (العين – الأذن – الجلد) إضافة لفقدان المقدرة على التوازن في حين تلعب البيئة غير الوظيفية وقلة التجهيزات المخصصة للمسنين دورا في حدوث بعض الأذيات .

الأهداف والنتائج Goals and outcomes

1. الحفاظ على المريض خاليا من الإصابات.
2. يشرح المريض طرق الوقاية من الإصابة.
3. يحدد المريض العوامل التي تزيد من خطر الإصابة.
4. لدى المريض نية ممارسة تدابير وقائية مختارة.
5. يزداد نشاط المريض اليومي، إذا كان ذلك ممكنا.

التقييم التمريضي nursing assessment.

1. تقييم الحالة العامة للمريض.
2. تقييم القدرة على التكيف، ونوعية الشخصية التي قد تؤدي إلى اللامبالاة.
3. تقييم أهمية المعتقدات الثقافية، والقيم، على إدراك المريض لخطر الإصابة.
4. تحديد ما إذا كان التعرض للعنف المجتمعي يسهم في زيادة خطر الإصابة
5. التحقق من البيئة المنزلية التي تهدد السلامة: الفوضى والتخزين غير السليم للمواد الكيميائية والأرضيات الزلقة والسجاد المبعثر والسلالم غير المستقرة والسلالم والإضاءة الخافتة أو أسلاك التمديد أو التوصيلات الكهربائية أو الغازية الخطرة أو أجهزة التدفئة غير الآمنة أو الأكسجين غير المناسب ، أسرة عالية دون القضبان، الماء الساخن للغاية، الحيوانات الأليفة.....

التداخلات التمريضية Nursing interventions:

1- إعداد البيئة المحيطة بالمريض بشكل مريح ، وضع جرس النداء في متناول اليد وتعليم المريض كيفية استدعاء المساعدة؛ والرد على النداء على الفور.
2- تجنب استخدام القيود. الحصول على أمر الطبيب إذا كانت هناك حاجة إلى قيود.
3- بدلا من القيود، استخدم ما يلي:
   - تزويد السرير أو الكرسي المتحرك بأجهزة إنذار
   - زيادة مراقبة المريض
   - أبواب مقفلة للوحدة

- سرير مع عجلات يمكن إزالتها للحفاظ على السرير منخفض
- توفير سوار طبي لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة من الخرف أو غيرها من الاضطرابات الطبية.

4- إذا كان المريض يشعر بالتوتر بشكل ملحوظ، يمكن استخدام سرير السلامة الخاصة والتي تحيط بالمريض. إذا كان المريض مصابا بإصابات في الدماغ، يستخدم سرير حجرة إيموري.

5- إذا كان المريض يعاني أعراض جديدة من الارتباك (الهذيان)، يجب الانتباه الشديد عند التفاعل معه.

6- اسأل الأسرة أو شخص آخر مهم أن يكون مع المريض لمنعه من السقوط عن طريق الخطأ أو سحب الأنابيب.

7- التخلص من جميع المخاطر المحتملة في الغرفة مثل شفرات الحلاقة، والأدوية.

8- تجنب الجو الشديد الحرارة أو البرودة حول المرضى المعرضين لخطر الإصابة (على سبيل المثال، منصات التدفئة، والماء الساخن للحمامات / الاستحمام).

9- وضع المريض العرضة للأذية في غرفة بالقرب من محطة الممرضات.

8- الإمساك Constipation

ويرتبط بشكل أساسي بقلة الحركة الحوية في الجهاز الهضمي وبقلة حركة المسن وقلة الماء إضافة للآثار الجانبية لبعض العلاجات

الأهداف والنتائج Goals and outcomes

1. المريض يحافظ على مرور براز لين وتكرار ينظر إليه على أنه "طبيعي" من قبل المريض.
2. تخلص المريض من الانزعاج من الإمساك.
3. المريض يحدد التدابير التي تمنع أو علاج الإمساك.
4. المريض أو مقدم الرعاية قادر أن يعبر التدابير التي من شأنها منع تكرار الإمساك.

التقييم التمريضي nursing assessment :

1- التحقق من النمط المعتاد لقضاء الحاجة، بما في ذلك القوام والتكرار. أنا
2- الأخذ في الاعتبار استخدام ملين أو استخدام حقنة شرجية، والنوع، والتكرار.
3- التحقق من العادات الغذائية المعتادة، عادات الأكل، الجدول الزمني لتناول الطعام، وتناول السوائل.
4- تقييم مستوى نشاط المريض.
5- تصنيف الأدوية الحالية المستخدمة التي قد تؤدي إلى الإمساك.
6- تقييم وجود الحاجة إلى الخصوصية لقضاء الحاجة.
7- تقييم الخوف من الألم مع التغوط.

8- النظر في درجة استجابة المريض إلى الرغبة في التغوط.
9- معرفة ما إذا كان هناك تاريخ من الأمراض العصبية، مثل التصلب المتعدد أو مرض باركنسون.

التداخلات التمريضية Nursing interventions:

1- تشجيع المريض على أخذ السوائل 2000 إلى 3000 مل / يوم، إن لم يكن هناك مانع طبي.
2- مساعدة المريض على تناول ما لا يقل عن 20 غرام من الألياف الغذائية (على سبيل المثال، الفواكه الخام والخضروات الطازجة والحبوب الكاملة) يوميا.
3- حث المريض على القيام ببعض النشاط البدني وممارسة الرياضة. خصوصا تمارين البطن
4- تشجيع المريض على تنظيم أوقات قضاء الحاجة.
5- بالنسبة للمرضى في المستشفى، يجب استخدام ما يلي:
- في حال عدم وجود مضاد استطباب تشجيع المريض على استخدام الحمام. أما المرضى طريحي الفراش. يمكن مساعدتهم في اتخاذ وضع فاولر مع الركبتين مثني.
- أغلق باب الحمام أو اسحب الستائر حول السرير.

6- في المرضى الذين يعانون من مشاكل عصبية:
- تدليك البطن: استخدام راحة اليد وتطبيق ضغط الضغط بقوة ولكن بلطف حول البطن في اتجاه عقارب الساعة.
- استخدام تقنية التحفيز الشرجي: يتم إدخال إصبع وعلى القفاز مادة لزجة بخفة في المستقيم وتدويرها بشكل معتدل في حركة دائرية. يتم تنفيذ هذا لمدة 15 إلى 20 ثانية حتى يتم تمرير البراز.

7- الشرح للمريض ومقدم الرعاية أهمية ما يلي:
- نظام غذائي متوازن يحتوي على الألياف الكافية والفواكه الطازجة والخضار والحبوب
- كمية كافية من السوائل (ثمانية أكواب يوميا أو 2000 إلى 3000 مل / يوم)
- فترة منتظمة ووقت كافي لقضاء الحاجة
- ممارسة التمارين الرياضية بانتظام والنشاط

8- شرح استخدام المكونات الدوائية حسب الإرشادات الطبية.
- الألياف الملينة
- زيت الخروع
- اللبوس
- الحقنة الشرجية الزيتية

9- الإسهال diarrhea

ويعتبر الإسهال احد الحالات الطبية التي تحتاج رعاية تمريضية ويرتبط ببعض الأمراض الهضمية والإنتانات وكذلك ببعض الأدوية

الأهداف والنتائج Goals and outcomes

1. شرح المريض سبب الإسهال والأساس المنطقي للعلاج.
2. يستهلك المريض ما لا يقل عن 1500-2000 مل من السوائل الصافية خلال 24 ساعة.
3. يحافظ المريض على حالة الجلد جيدة والوزن على المستوى المعتاد.
4. إقرار المريض لتناقص الإسهال في غضون 36 ساعة.
5. التغوط لدى المريض بقوام لين كل يوم حتى اليوم ثالث.
6. المريض يحافظ على منطقة المستقيم خالية من التخريش.
7. تخلص المريض من التقلصات والإسهال
8. عينة البراز سلبية لدى المريض.

تقييم المريض nursing assessment :

1. تقييم عدم الراحة في البطن، والألم، والتشنج، والتكرار، والإلحاح، براز سائل، الأمعاء مفرطة النشاط.
2. تقييم نمط التغوط
3. فحص عينة من البراز
4. الاستفسار عن ما يلي:
   - تحمل الحليب ومنتجات الألبان الأخرى
   - عدم تحمل الطعام
   - إعداد الطعام
   - الأدوية التي أخذها أو يقوم المريض بأخذها
   - تغيير في نمط الطعام
   - الضغوطات الحالية
5. تقييم حالة الإماهة
   - الصادر والوارد
   - رطوبة الأغشية المخاطية
   - تورم الجلد
6. التحق من وجود قصة مما يلي:
   - أمراض هضمية
   - إشعاع على البطن

- جراحات سابقة في الجهاز الهضمي
- تناول أجبان غير مبسترة، شرب مياه غير معالجة

7. تقييم حالة الجلد حول الشرج

التداخلات التمريضية (nursing interventions)

1- وزن المريض يوميا وملاحظة انخفاض الوزن.
2- الطلب من المريض تدوين معلومات تشمل ما يلي: وقت التغوط خلال اليوم. التحفيز المعتاد والقوام والكمية والتكرار للتغوط. نوع كمية ووقت تناول الطعام؛ تناول السوائل؛ تاريخ عادات الأمعاء واستخدام الملينات. الحمية؛ التمارين والأنشطة؛ الولادات / الأمراض النسائية، التاريخ الطبي والجراحي؛ الأدوية. التغيرات في الأحاسيس حول الشرج. و نظام التغوط الحالي.
3- تجنب استخدام الأدوية التي تبطيء الحركات الحوية. في حال الإصابة بالإنتان والالتهاب في الأمعاء، يجب تجنب الأدوية التي تبطئ حركة الأمعاء عموما.
4- إعطاء الأدوية المضادة للإسهال حسب الوصفة الطبية.
5- تقديم التعديلات الغذائية التالية:
- الألياف السائبة (مثل الحبوب والبقوليات)
- الأرز والتفاح والجبن
- تجنب المنشطات (مثل الكافيين والمشروبات الغازية)

6- تسجيل تكرار وقوام البراز في اليوم الواحد.
7- تقييم الجفاف من خلال مراقبة تورم الجلد فوق القص والتفتيش على الأخاديد الطولية للسان. مراقبة العطش المفرط، والحمى، والدوخة، والدوار، والخفقان، والتشنج المفرط، والبراز الدموي، وانخفاض ضغط الدم، وأعراض الصدمة.
8- التشجيع على تناول السوائل بمعدل 1.5 إلى 2 لتر / 24 ساعة بالإضافة إلى 200 مل لكل براز ضائع في البالغين ما لم يكن هناك سبب يمنع ذلك. مع الأخذ بعين الاعتبار الدعم الغذائي.
9- مراقبة وتسجيل الصادر والوارد. ملاحظة قلة التبول وتغير اللون الى الغامق، وتركيز البول. قياس الثقل النوعي للبول إذا كان ذلك ممكنا.
10- توفير الرعاية حول الشرج بعد كل خروج من الأمعاء.
11- التطهير باستخدام مطهرات معتدلة (مطهر لجلد العجان).
12- تطبيق مرهم واقية إذا كان الجلد لا يزال مخرشا
13- تجنب استخدام قسطرة المستقيم
14- المرضى الذين ليهم تغذية أنبوبية معوية، نقوم بما يلي:
- تغيير معدات أنبوب التغذية وفقا لسياسة المستشفى، ولكن لا تقل عن 24 ساعة.
- بدء التغذية بشكل بطيء.
- خفض معدل أو تخفيف التغذية إذا استمر الإسهال أو ساء.

15- تشجيع المريض على تناول وجبات صغيرة متكررة واستهلاك الأغذية التي تسبب عادة الإمساك ويسهل هضمها.
16- تثقيف المريض أو مقدم الرعاية حول التدابير الغذائية التالية للسيطرة على الإسهال:
- تجنب الأطعمة الحارة والدهنية والكحول والكافيين.
- تجنب الخبز، أو غلي الأطعمة؛ والقلي.
- تجنب الأطعمة المزعجة.

17- تثقيف المريض أو مقدم الرعاية حول الاستخدام السليم للأدوية المضادة للإسهال.
18-
19- مناقشة أهمية تعويض السوائل خلال نوبات الإسهال.
20- توجيه المريض إلى أهمية النظافة حول الشرج بشكل جيد.
21-
22- تثقيف المريض حول كيفية إعداد الطعام بشكل صحيح وأهمية الممارسات الجيدة في مجال الوقاية وغسل اليدين.
23- تقديم الدعم العاطفي للمرضى الذين يعانون من مشاكل في السيطرة على حالات لا يمكن التنبؤ بها من الإسهال.

10- اضطراب المقدرة اللفظية : Impaired verbal communication

يرتبط بالعديد من العوامل والأمراض التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي أو على عضلات جوف الفم والبلعوم والأعضاء المسؤولة عن التصويت (مثل السكتات الدماغية التي تكثر عند المسنين) فيصاب المسن بضعف في القدرة على التواصل وهناك بعض الأمراض والمشاكل تؤثر على استقبال التواصل اللفظي مثل الصمم الجزئي والكلي.

الأهداف والنتائج Goals and outcomes :

8. المريض يعبر عن الأفكار والمشاعر بطريقة متماسكة، منطقية، موجهة نحو الهدف.
9. يظهر المريض عمليات التفكير القائمة على الواقعية في التواصل اللفظي.
10. يقضي المريض الوقت مع شخص أو شخصين آخرين في مواضيع محايدة ضمن نشاط منظم.
11. يقضي المريض جلستين أو ثلاث جلسات لمدة 5 دقائق مع تبادل للملاحظات في البيئة المحيطة الممرضة لمدة 3 أيام.
12. يتواصل المريض بطريقة يمكن أن يفهمها الآخرون بمساعدة الأدوية والاستماع اليقظ بحلول وقت الخروج.
13. يتعلم المريض تكتيكا واحدا أو اثنين من أساليب التحايل لتقليل القلق، وبالتالي تحسين القدرة على التفكير بوضوح والتحدث بشكل أكثر منطقيا.

14. يستخدم المريض شكلا من أشكال التواصل لتلبية الاحتياجات والتواصل الفعال مع الناس و بيئتهم

التقييم التمريضي nursing assessment:

التأكد من الظروف أو الحالات التي قد تحد من قدرة المريض على استخدام أو فهم اللغة، مثل ما يلي:

8. وجود البديل للمجرى الهوائي (على سبيل المثال، فغر الرغامى، التنبيب الأنفي عن طريق الفم)
9. مشاكل الوجه / الفك العلوي (على سبيل المثال، وجود أجهزة سلكية في الفم)
10. استعراض التاريخ للحالة العصبية التي يمكن أن تؤثر على الكلام، مثل ورم، والتصلب المتعدد، وفقدان السمع.....
11. تقييم الحالة العقلية، وملاحظة وجود اضطرابات ذهانية (على سبيل المثال، هوس الاكتئاب، السلوك الفصامي / العاطفي). تقييم الاستجابة النفسية لإعاقة الاتصال، والرغبة في إيجاد وسائل بديلة للاتصال. تقييم ما يلي:
    - لغة المريض المفضلة للتواصل الشفهي والكتابي
    - وسائل الاتصال الأساسية والمفضلة للمريض (على سبيل المثال، اللفظية، والكتابة، والإيماءات)
    - القدرة على الحصول على الكلمة المنطوقة
    - القدرة على فهم الكلمات المكتوبة والصور والإيماءات
12. تقييم العوامل البيئية (على سبيل المثال، مستوى ضوضاء الغرفة).
13. مراقبة وجود وتاريخ ضيق التنفس.
14. تقييم وجود عسر الكلام الشديد (عدم القدرة على نقل المعلومات شفهيا) وخلل في النطق (معنى الكلمة قد يكون تزاحم خلال معالجة المعلومات من قبل دماغ المريض)

التداخلات التمريضية (nursing interventions)

18- تعلم احتياجات المريض وإيلاء الاهتمام إلى الإشارات غير اللفظية.

19- وضع أهداف مهمة في متناول اليد

20- توفير وسائل اتصال بديلة في أوقات عدم توفر من يقدم المساعدة للتواصل مع المريض (على سبيل المثال، التواصل الهاتفي مع من يمكنه تفسير احتياجات المريض).

21- لا تتحدث أبدا أمام المريض كما لو أنه لا يفهم شيئا.

22- توضيح فهمك للمريض لاتصاله بمن قد يقدم المساعدة في التواصل معه.

23- تقليل وسائل التشتت مثل التلفزيون والراديو كحد أدنى عند التحدث إلى المريض.

24- لا تتكلم بصوت عال إلا إذا كان المريض ضعيف السمع.

25- الحفاظ على اتصال العين مع المريض عند التحدث والوقوف قريب ضمن خط رؤية المريض (خط الوسط عموما).

26- استخدام التقنيات الشخصية باستخدام التنفس لاسترخاء الحبال الصوتية، والعد، والغناء أو الترتيل.

27- الحفاظ على الهدوء، التمهل. توفير الوقت الكافي للمريض للاستجابة والرد.

28- الثناء على إنجازات المريض و توفير المحفزات البيئية حسب الحاجة.

29- حاول طرح أسئلة تتطلب إجابات "نعم" و "لا".

30- استخدم جملا قصيرة، واطرح سؤالا واحدا فقط في كل مرة.

31- التحدث ببطء مع تقديم توجيهات محددة يستطيع المريض القيام بها فعليا (على سبيل المثال، "في الإشارة إلى الألم"، "افتح فمك"، "أدر رأسك").

32- إنشاء قائمة من الكلمات التي يمكن للمريض أن يقولها مع إضافة كلمات جديدة إليها حسب الحاجة. مشاركة هذا مع أفراد الأسرة، ومقدمي الرعاية الآخرين.

33- استخدام ومساعدة المريض لتعلم مهارات الاتصال العلاجية من الرسائل ، والاستماع النشط .

34- إشراك الأسرة في خطة الرعاية قدر الإمكان.

11- اضطراب نموذج النوم Sleep pattern disturbance

ترتبط اضطرابات النوم عند المسنين بعوامل عديدة أهمها الأمراض المزمنة وما يرافقها من أعراض (ألم ذلة تنفسية الخ..) إضافة للأدوية والعلاجات التي تؤثر على جودة وعمق النوم . كذلك يكثر الأرق ومشاكل الاكتئاب والعزلة التي تؤثر سلبا على جودة ومدة النوم

Table 2 – DE distribution according to frequency. São Paulo, 2002

Nursing Diagnostic	N	%
1. Risk of infection	61	100,0
2. Impaired Physical Mobility	30	50,74
3. Altered nutrition: less than corporeal needs	27	44,77
4. Self-care deficit	26	43,28
5. Impaired skin integrity	25	41,79
6. Intolerance to activity	19	32,83
7. Pain	17	28,35
8. Sensorial/Perception changes	15	26,86
9. Risk of injury	14	23,88
10. Constipation	13	22,38
11. Diarrhea	10	17,91
12. Impaired verbal communication	10	17,71
13. Confusion	10	17,71
14. urinary Incontinence	8	14,92
15. Risk of impaired skin integrity	8	14,92
16. Impaired gaseous exchange	7	13,43
17. Risk of ineffective respiratory patterns	6	11,94
18. Anxiety	6	11,94
19. Risk of caregiver weariness	5	8,95
20. Decreased peripheral tissular perfusion	4	7,46
21. Risk of Imbalanced liquid volume	4	7,46
22. Sleeping patterns disturbs	4	7,46